

Universidade Nova de Lisboa
Faculdade de Ciências Médicas

Burnout e Coping nos Enfermeiros de Pediatria,
Oncologia e Psiquiatria

Orientado por:
Prof. Dr. Paulo Queirós

Maria Jacinta Olivença Vizinha

INDICE

0. Introdução	4
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. <i>Burnout</i>	6
1.1. Introdução	6
1.2. Origem e desenvolvimento do conceito de <i>burnout</i>	7
1.3. Modelos do Síndrome de <i>burnout</i>	11
1.4. Stress nos profissionais de saúde	17
1.5. Manifestações de <i>burnout</i>	26
1.6. Causas de <i>burnout</i>	30
1.7. Consequências de <i>burnout</i>	38
1.8. Prevenir e actuar a nível geral e das organizações	40
2. Apoio Social	43
3. <i>Coping</i>	47
4. Estudos sobre <i>burnout</i> nos enfermeiros	52
II PARTE - METODOLOGIA	
1. Problema de investigação e sua justificação	58
2. Objectivos da investigação	60
3. Hipóteses de investigação	61
4. População, amostra e critérios de amostragem	62
5. Variáveis de investigação e sua operacionalização	63
6. Instrumentos de colheita de dados	65
7. Procedimentos na recolha de informações e aspectos éticos	69
III PARTE – RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	
1. Apresentação de resultados	71
1.1. Caracterização da amostra e dados sócio-demográficos	71
1.2. Características psicométricas dos instrumentos de avaliação	76
1.3. Dados descritivos da MBI-GS	80
1.4. Dados descritivos da EAS	88
1.5. Dados descritivos do IRP	94
2. Estudo das diferenças dos valores MBI, EAS e IRP quanto ao serviço, sexo, estado civil, experiência, idade e número de filhos	103

2.1.	Quanto ao serviço	103
2.2.	Quanto ao sexo	105
2.3.	Quanto ao estado civil	106
2.4.	Quanto à experiência	107
2.5.	Quanto à idade	108
2.6.	Quanto ao número de filhos	109
3.	Estudo das hipóteses	110
4.	Discussão de resultados e conclusões	118
5.	Limitações do estudo e sugestões	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		128

0. Introdução

Esta investigação, denominada de *Burnout* e *Coping* nos enfermeiros foi desenvolvida na área de Pediatria, Oncologia e Psiquiatria em contexto de Mestrado de Saúde Mental na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Sendo eu enfermeira a exercer funções na área de saúde mental pareceu-me interessante investir na temática do *burnout*, e mais especificamente nos enfermeiros, por ser a classe profissional à qual pertença, as áreas escolhidas para este estudo foram-no pelo conhecimento da expressão manifesta de colegas a exercerem nessas áreas, facto esse confirmado pela literatura existente de Cristina Maslach.

De forma a perceber a complexidade da temática introduziram-se as variáveis de apoio social e as estratégias de resolução de problemas. Apesar dos diversos estudos realizados na problemática do *burnout*, no entanto é ainda difícil definir a influência de algumas variáveis intervenientes neste síndrome e a forma como lidar e prevenir esta situação apresenta-se algo limitada.

Esta tese foi organizada em três partes, uma primeira para o enquadramento teórico, na segunda apresenta-se a metodologia utilizada nesta investigação e a terceira é constituída pelos resultados, conclusões e discussão.

No enquadramento teórico são desenvolvidos três temas intervenientes nesta investigação: o *burnout*, o apoio social e o *coping*, sendo o *burnout* apresentado de uma forma mais aprofundada visto ser o pilar deste estudo.

Na secção da metodologia é apresentado o problema da investigação, nas suas diferentes vertentes, justificação, objectivos e hipóteses; são descritas também as características da população, as variáveis da investigação, os instrumentos de análise, o procedimento de recolha dos dados e os aspectos éticos.

A terceira parte é constituída pela apresentação dos resultados: a caracterização da amostra, as características psicométricas dos instrumentos de avaliação e os dados descritivos dos mesmos, a análise entre as variáveis de estudo e o estudo das hipóteses.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I PARTE

1. *BURNOUT*

1.1. Introdução

O Homem é um ser que consegue realizar-se numa grande diversidade de tarefas em simultâneo, entre as quais o trabalho, podendo daí advir contudo experiências geradoras de stresse, nomeadamente as condições laborais actuais, cada vez mais instáveis que provocam insatisfação no trabalho, falta de produtividade e absentismo do profissional, bem como a alteração do seu estado de saúde.

O fenómeno da idade moderna, designado por *burnout* que começou a ser descrito em 1970 nos Estados Unidos em relação a pessoas que trabalhavam em serviços de saúde, advém, principalmente, da dificuldade nas relações profissionais – conflitos e desconfortos - que as pessoas estabelecem no trabalho (Maslach *et al.*, 2001).

Os enfermeiros são alvo de pressões diárias exercidas das mais diversas formas e com origem em indivíduos que ocupam vários estratos sociais e culturas, desempenhando diferentes papéis conforme a sua posição na estrutura organizacional. As pressões a longo prazo têm consequências que provocam alterações no comportamento do indivíduo submetido a tal, verificando-se a relação dessas pressões com estrutura organizacional da instituição onde o indivíduo está inserido.

1.2. Origem e desenvolvimento do Conceito de *Burnout*

O que permitiu a conceptualização do *burnout* como síndrome em resposta a stressores interpessoais crónicos no contexto do trabalho foi a vasta investigação produzida (Maslach *et al.*, 2001).

O síndrome de *Burnout* foi primeiramente descrito por Herbert J. Freudenberg em 1974, como um

“(...) estado relacionado com experiências de esgotamento, decepção e perda de interesse pela actividade de trabalho” (...) “surge em profissionais que trabalham em contacto directo com pessoas na prestação de cuidados” (Guido, 2003: 23).

Em 1975, Freudenberg, psiquiatra a trabalhar numa agência de prestação de cuidados alternativa, tal como outros colegas experimentou exaustão emocional, falta de motivação e empenho, tendo rotulado este conjunto de sintomas como *burnout*, termo utilizado para os efeitos do abuso crónico de substâncias psicoactivas (Maslach *et al.*, 2001).

A psicóloga social, Maslach, realizou diversas entrevistas em vários ramos de serviços de saúde sobre stresse emocional dos seus trabalhos, tendo descoberto que as estratégias de *coping* têm implicações importantes na identidade do profissional e no seu comportamento no trabalho (Maslach *et al.*, 2001).

O *burnout* foi investigado não como uma resposta individual ao stresse, mas sim como a interacção relacional que um indivíduo estabelece no contexto de trabalho (Maslach *et al.*, 2001).

A partir das entrevistas realizadas, nas investigações iniciais, surgiram algumas categorias do fenómeno de *burnout*, que se relacionavam com o facto da prestação de cuidados ser bastante exigente e requerer um grande envolvimento, tendo como resposta comum face a esta sobrecarga de trabalho, a exaustão emocional. A despersonalização/cinismo é descrito pelos profissionais como a forma de lidarem com o stress emocional a que estavam sujeitos no trabalho: moderam a empatia face aos doentes, como forma de se protegerem de cargas emocionais intensas que podem interferir no funcionamento eficiente do trabalho, provocando um

afastamento/evitamento excessivo e pouca preocupação que conduzem a atitudes desumanas face aos doentes (Maslach *et al.*, 2001).

Apesar da referência feita por diversos autores ao papel das relações interpessoais no desenvolvimento do síndrome de *burnout*, Cruz (2004), salienta que podem ser consideradas tanto uma das causas como um factor protector, aliviando os efeitos negativos das suas dimensões.

Maslach e Jackson, em 1981, definem *burnout* como “síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução de realidade pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham com pessoas”, conduzindo à perda de motivação que consequentemente a sentimentos de inadequação e de fracasso” (Queirós, 2005: 4).

Uma das primeiras definições de *burnout* surge em 1987, segundo Maslach, como

“(...) resposta à pressão emocional crónica resultante do envolvimento intenso com outras pessoas e atribui-lhe uma organização tripartida: (1) um componente de exaustão emocional, caracterizado pela depleção de energia emocional necessária para atender aos requisitos do trabalho; (2) um componente de despersonalização, caracterizado por respostas distanciadas por parte dos profissionais em relação aos seus clientes; (3) um componente de desempenho profissional baixo, caracterizado como um declínio no sentimento de competência pessoal e de desempenho adequados” (Marques-Teixeira, 2002: 9).

Em 1990, Dubreucq refere que o “esgotamento profissional é considerado como sendo o resultado de um stress contínuo”, e considera estarem envolvidos diversos factores, tais como a personalidade do indivíduo implicado e a organização dos serviços (Queirós, 1998: 18).

Tem-se notado uma preocupação crescente relativamente a esta temática, devido às consequências evidentes no contexto laboral e conjugal; desde absentismo frequente até alterações de comportamento, tais como isolamento e/ou hostilidade, tendo-se vindo a realizar inúmeros estudos, que evidenciam a existência real de manifestações de *burnout* gerado essencialmente em contexto laboral, também designado por stress ocupacional, onde o clima organizacional é “manifestação objectiva das características da organização relaciona-se e interage com as pessoas quer no trabalho quer na dimensão conjugal” (Queirós, 2005: 3).

Em 2002, Marques-Teixeira refere que o síndrome de *burnout* constitui um risco profissional nas profissões destinadas à prestação de cuidados e que impliquem o estabelecimento de relação de ajuda com os utentes. Segundo o mesmo, a exaustão emocional é também denominada por fadiga da compaixão, na qual se experimentam sentimentos de frustração e tensão pelo facto dos profissionais terem a noção de que não conseguem ser responsáveis em relação aos utentes como antes, sendo o medo de retornar ao trabalho, um sentimento frequentemente vivenciado.

Segundo Maslach (1982), a exaustão emocional consiste no esgotamento físico caracterizado “pela sensação de não poder dar mais de si aos outros” (Queirós, 1998: 17).

A despersonalização caracteriza-se pela adopção, por parte do sujeito, de comportamentos por forma a proteger-se dos sentimentos negativos, isolando-se, evita as relações interpessoais, o que manifesta através de atitudes frias, cínicas, distanciadas, rótulos depreciativos acerca dos utentes e dos colegas, segundo Martin, *et al.* (1982) (Queirós, 1998). O uso de linguagem abstracta ou detractora, a compartimentação estrita da vida profissional, a intelectualização das situações, o afastamento das tarefas através de longas pausas ou conversas com os colegas e o uso frequente de calão constituem um quadro de sintomas para a despersonalização (Marques-Teixeira, 2002).

A redução de realização pessoal manifesta-se através de sentimentos de inadequação pessoal e profissional e incapacidade de dar resposta ao pedido, por vezes mascarado pela sensação paradoxal de onipotência (Alvarez, *et al.*, 1993).

Marques-Teixeira acrescenta que as profissões ligadas à prestação de cuidados, geralmente implicam o estabelecimento de relação de ajuda com os utentes, o que confere um grau de complexidade maior às tarefas que desempenham e por isso reflectem níveis elevados de *burnout*. Estas profissões são caracterizadas pelas longas horas de trabalho, trabalho administrativo excessivo, poucas oportunidades de progressão na carreira e burocracia pouco eficiente (Marques-Teixeira, 2002).

As expectativas de ajuda, que os utentes depositam nos profissionais de saúde no sentido em que são responsáveis pelo seu bem-estar, promove nos técnicos uma preocupação constante, tornando-se extenuante tentar alcançar essas mesmas expectativas. Jackson *et al.* (1986), sugere que a sobrecarga de utentes deverá ser

tida em conta sob duas dimensões: sobre a duração dos contactos com os utentes e número de interacções e sobre a distância interpessoal, quer o contacto seja feito face a face ou por telefone (Marques-Teixeira, 2002).

1.3. Modelos do Síndrome de *Burnout*

O modelo tripartido de *burnout* representa um fenómeno de stresse único. A exaustão emocional como núcleo central é difícil distinguir-se da variável tradicional de stresse, no entanto a dimensão da despersonalização/cinismo é considerado inovador na literatura acerca de stresse. Já a componente do desempenho pessoal, apesar de ser familiar na mesma literatura, acrescentaram uma novidade, visto considerarem a auto-avaliação como elemento central da experiência de stresse (Marques-Teixeira, 2002).

O estudo de Golembewski *et al.* (1996) citado por Marques-Teixeira (2002) contribui para a clarificação do modelo do constructo de *burnout* de Maslach, pois sustenta empiricamente a independência das três dimensões, propõe uma variante do modelo - modelo físico do *burnout*. Esta variante prevê que o indivíduo pode experimentar altos níveis de exaustão emocional e em simultâneo baixos níveis de despersonalização/cinismo e /ou diminuição do desempenho pessoal (Marques-Teixeira, 2002).

Nesta linha de pensamento, as dimensões deveriam ser separadas no entanto é evidente o destaque da exaustão emocional em relação às outras dimensões, sendo demonstrado nos estudos efectuados uma boa consistência na relação que é estabelecida com os factores laborais stressantes (Marques-Teixeira, 2002).

Uma proposta sobre a conceptualização de um constructo bi-dimensional para o *burnout* foi feita por Schaufeli e van Dierendonck (1993), onde a exaustão emocional e física ocuparia uma primeira dimensão, manifestada através de queixas somáticas e tensão psicológica e uma segunda dimensão definida por atitudes negativas, traduzida em sentimentos de despersonalização e diminuição de desempenho pessoal. No entanto, os factores pessoais não têm sido estudados de forma sistemática, no sentido de saber os efeitos da interacção destes com os organizacionais no que diz respeito ao *burnout* (Marques-Teixeira, 2002).

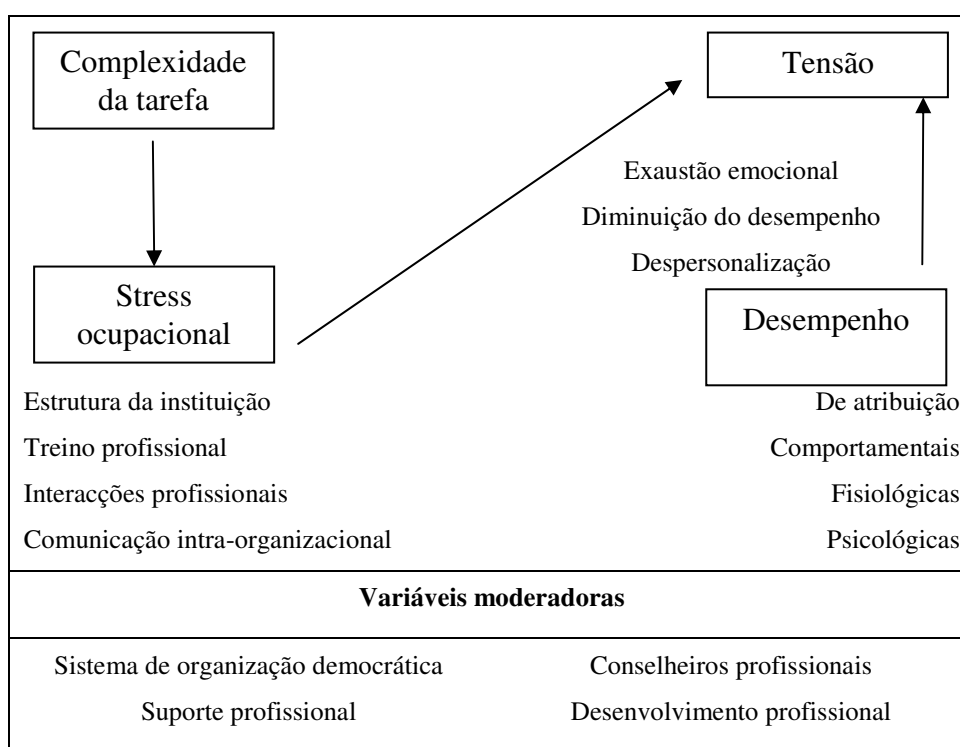
Na conceptualização do constructo, tanto os autores como a literatura coincidem, ao constatarem que os factores pessoais têm um efeito moderador relativamente ao *burnout*, não actuando de forma isolada na ocorrência da exaustão emocional e física; Já os factores relacionados com o trabalho, nomeadamente as

características do ambiente de trabalho são considerados factores preditores, segundo Maslach e Schaufeli (1993) (Marques-Teixeira, 2002).

Em 1997, Wisniewski e Gargiulo apresentam um modelo explicativo da exaustão no trabalho, referindo que a tensão é não só uma variável mediadora entre stressores situacionais específicos e o desempenho do profissional, como é também uma das consequências negativas dos stressores específicos.

A tensão em questão não se trata da tensão habitualmente encontrada em outros contextos de trabalho, mas sim de períodos de tensão prolongada e relativamente frequente, que gera exaustão emocional e física (Marques-Teixeira, 2002).

Figura nº 1 - Modelo explicativo da exaustão no trabalho de Wisniewski e Gargiulo (1997)



Fonte: Marques-Teixeira (2002)

Marques-Teixeira (2002) apresenta uma figura denominada sistema interactivo do *burnout*, segundo a qual o síndrome não só é uma resposta às exigências laborais, em que se experimenta stress diferente da sua natureza habitual, de intensidade elevada e de forma crónica; mas também produz sentimentos de exaustão emocional e física nos profissionais, face à qual recorrem à

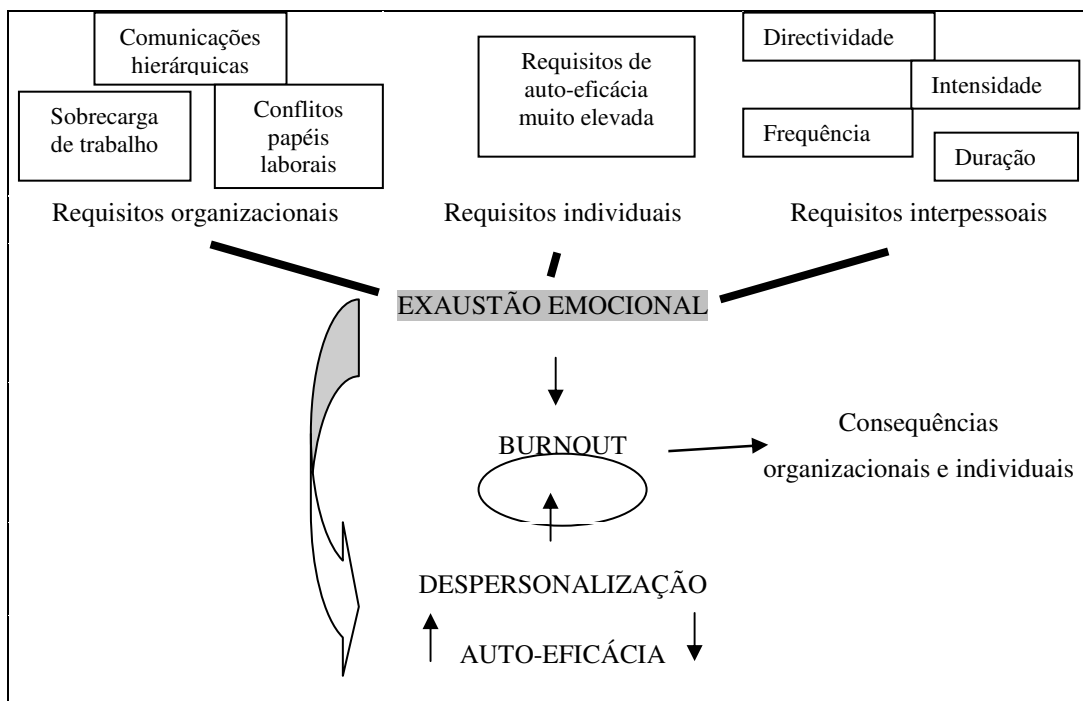
despersonalização/cinismo como estratégia de *coping*. Quando esta estratégia não é suficiente para equilibrar o sistema surgem sentimentos de ineficácia profissional.

Nesta ordem de ideias e tendo em conta que muitos autores defendem que a exaustão emocional é o pilar principal deste constructo, ele é apresentado neste sistema como sendo influenciado por requisitos organizacionais e individuais e relações interpessoais. O item organizacional refere-se à sobrecarga, comunicações hierárquicas e aos conflitos de papéis no trabalho; os aspectos pessoais estão relacionados com os objectivos que os indivíduos colocam a si mesmos para o seu desempenho profissional, levando a gastos excessivos de tempo e energia; as relações inter pessoais apresentam dimensões quantitativas e qualitativas muito importantes para os níveis de *burnout*, sendo elas: directividade, frequência, intensidade e duração.

A despersonalização é percebida como uma estratégia de *coping* para lidar com a exaustão emocional, quando outros mecanismos de resolução de problemas não estão disponíveis, sendo resposta a altos requisitos do trabalho; ainda relacionado com este conceito, trabalhar num ambiente despersonalizador com práticas administrativas muito rígidas, falta de participação nas tomadas de decisão ou receber punições não contingentes, induz no indivíduo um sentimento de medo e incerteza perante um ambiente tido como ameaçador face às condições contextuais aleatórias e incontroláveis.

A diminuição do desempenho profissional seria resultante de altos níveis de despersonalização, isto quando os profissionais adoptam atitudes negativas ou crónicas e permanecem física e psicologicamente distantes das situações. Os factores que contribuem para a manifestação da ineficácia profissional são a sobrecarga quantitativa de trabalho, ambiguidade de papéis, falta de reforços contingentes do desempenho e expectativas pessoais ou da organização não cumpridas.

Figura nº 2 - Sistema interactivo do *burnout*



Fonte: Marques-Teixeira (2002)

O modelo de Maslach e Leiter (1997), desenvolveu a hipótese em que uma das dimensões precipita a origem da outra; segundo o mesmo a dimensão de exaustão emocional e física ocorre em primeira instância, levando à ocorrência da despersonalização/cinismo, que por sua vez provoca o sentimento de ineficácia profissional. Este modelo assenta sobre alguns pressupostos, que constituem as linhas de base do mesmo - interacções com supervisores – e que consistem: no aumento de sentimentos de exaustão emocional e física nos profissionais; nos níveis altos de exaustão que promovem a conduta de despersonalização/cinismo, em especial se os profissionais tiverem falta de apoio por parte dos colegas de trabalho, e por fim, na diminuição da eficácia profissional quando persiste o cinismo.

Este modelo integra de uma forma mais explícita, os factores pessoais e os factores de contexto laboral, como intervenientes que se correlacionam, não sendo já considerados em separado (Maslach *et al.*, 2001).

Esta abordagem tem algumas semelhanças aos primeiros modelos designados por “*job-person fit*”, isto porque, enquanto as conceptualizações anteriores viam a pessoa em termos das características da sua personalidade em vez das emoções,

motivações e respostas face ao stress expressas pela pessoa; simultaneamente, o trabalho era com frequência definido em termos de tarefas específicas a realizar em lugar do contexto organizacional ou a situação envolvente (Maslach *et al.*, 2001).

Este modelo constitui um desafio na medida em que estende o paradigma “*job-person*” a um nível de conceptualização complexa situando a pessoa no contexto do trabalho (Maslach *et al.*, 2001).

Maslach e Leiter (2001) elaboraram o modelo focando-o em níveis de “*match*” ou “*mismatch*” entre a pessoa e os seis domínios considerados para o ambiente/condições de trabalho, sendo que quanto maior é a lacuna (*gap*) ou *mismatch* entre a pessoa e o trabalho, maior o *burnout*.

Este modelo pretende considerar as principais relações entre o *burnout* e as 6 áreas relacionadas com o trabalho: a sobrecarga de trabalho; o controlo; a remuneração/reconhecimento; a equipa; equidade/justiça e valores (Maslach *et al.*, 2001).

A sobrecarga de trabalho constitui na generalidade a acumulação de trabalho e demasiadas tarefas para cumprir esgotam completamente a energia do indivíduo. O *mismatch* da sobrecarga de trabalho acontece quando as pessoas têm poucas capacidades desenvolvidas ou estão mais inclinadas para um tipo de trabalho, tendo dificuldade em adaptar-se às exigências das funções que realizam. O estabelecimento de empatia com utentes é por vezes difícil, pelo que é exigido por parte do técnico a adopção de diversas atitudes face às situações com que se depara em momentos muito próximos, o que promove a exaustão do profissional (Maslach *et al.*, 2001).

O controlo sobre diversas variáveis inerentes ao trabalho está geralmente relacionado com o sentimento de ineficácia na tarefa, visto o profissional não ter controlo sobre os recursos necessários e falta de autoridade que possuem para levar a cabo as suas funções da forma que considera mais eficiente. O *mismatch* relativo ao controlo tem que ver com o grau elevado de responsabilidade do técnico em relação à pouca autoridade para decidir (Maslach *et al.*, 2001).

A remuneração não é habitualmente apropriada tal como o reconhecimento do profissional pelos outros, o que caracteriza o *mismatch* desta área (Maslach *et al.*, 2001).

A equipa é a quarta área considerada por Maslach para este modelo. O *mismatch* ocorre quando os profissionais deixam de se envolver com os colegas de trabalho, de maneira a partilhar as alegrias, as tristezas, os momentos de humor, entre outros. Este tipo de apoio social constitui reforço no envolvimento do técnico como membro da equipa, no entanto existem trabalhos que isolam as pessoas, tornando o contacto impessoal. O que agrava a situação laboral, são os conflitos existentes por resolver entre os profissionais, o que produz sentimentos de frustração e hostilidade (Maslach *et al.*, 2001).

A equidade e justiça traduzem o respeito e o reconhecimento pelo trabalho de cada um dos elementos da equipa; o *mismatch* desta área acontece quando isto não se verifica, permitindo o desenvolvimento de raiva e disputa entre colegas, sendo feitas avaliações e promoções de forma inapropriada. Levando como consequência, o profissional à exaustão, recorrendo o mesmo ao cinismo no ambiente de trabalho (Maslach *et al.*, 2001).

Os valores, sendo a sexta área deste modelo, geram conflitos de interesses em relação aos profissionais, estes não correspondem aos da instituição (*mismatch*). Os técnicos sentem-se limitados por quererem desenvolver o seu trabalho de uma forma que vai contra a metodologia da organização (Maslach *et al.*, 2001).

O modelo foi criado para elucidação da relação entre as seis áreas, das relações entre elas e as três dimensões do *burnout*. Os “*mismatches*” das seis áreas não são propriamente uma lista compilada das investigações do *burnout*, mas fazem sim parte, de um constructo em relação às crises geradas pelas pessoas em contexto de trabalho. Esta abordagem enfatiza a importância dada à necessidade de contextualizar a pessoa no trabalho (Maslach *et al.*, 2001).

1.4. Stresse nos profissionais de saúde

A palavra stresse deriva do verbo latino *stringo*, *stringere*, *strinxi* e *strictum* que significa apertar, comprimir, restringir. Esta expressão existe na língua inglesa desde o século XIV, sendo comumente utilizada para exprimir uma pressão ou constrição de natureza física (Vaz Serra, 1999).

Em 1984, Lazarus e Folkman criam um modelo que define stresse como a relação existente entre o indivíduo e o meio, considerada pelo indivíduo como prejudicial ou ultrapassando os seus recursos e que ameaça o seu bem-estar (Silva, 2005).

Selye (1956) definiu stresse biológico como síndrome de adaptação geral, mais tarde Lazarus e Launier (1978) definem stresse através de um modelo interaccionista, sendo constituído por “qualquer evento que demande do ambiente externo ou interno e que taxo ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social” (Bianchi, 2000: 390)

A teoria transaccional defende que cada indivíduo faz uma avaliação do stresse que sente, tendo em conta a interpretação que fez da situação, da sua vulnerabilidade à mesma, isto é, estão inerentes as suas características individuais e as suas estratégias de *coping*. Lazarus (1991 e 1993) citado por Santos e Gonçalves (2007).

O stresse é caracterizado por três variáveis: intensidade, duração e absorção. Quanto maior a sua intensidade mais é exigido ao indivíduo em termos biológicos, psicológicos e físicos; a duração da exposição ao stresse influencia a capacidade de resistência do organismo; o grau de absorção é dependente do indivíduo pois a sua capacidade de adaptação aos estímulos pode oscilar entre baixa, média e alta (Loff, 2003).

“A capacidade de adaptação ao stresse é muito pessoal, e o que pode provocar respostas negativas num indivíduo pode ser benéfico para outros” e “ stresse só é negativo quando ultrapassar as capacidades de absorção do indivíduo” (Loff, 2003: 13)

Alguns autores (Cordes e Dougherty, 1993) comungam a ideia do *burnout* partir de um stresse específico, designando-o como “um padrão de resposta crónica afectiva em resposta às condições de trabalho stressante que impliquem altos níveis de contacto interpessoal.” No entanto, apesar da insistência em separar o

conceito de stresse do *burnout*, só foi permitido efectuar uma clarificação dentro de um mesmo conceito de stress (Marques-Teixeira, 2002).

Axela Pines (1993) citada por Câmara (1998) faz a seguinte distinção entre o stresse e a síndrome de exaustão: experimenta este último quem estabelecer metas demasiado elevadas para alcançar.

Segundo diferentes autores, o stresse deriva primordialmente de pressões, restrições e ameaças inerentes à sociedade, encontrando-se cada vez mais relacionado com o meio laboral; este tipo de stresse adquire o nome de stresse ocupacional e na sua vertente mais grave pode levar inclusivamente ao *burnout* profissional.

Actualmente poderemos afirmar que todos os grupos profissionais se encontram sujeitos a este tipo de stresse, contudo será inegável afirmar que o grupo dos profissionais de saúde continua a ser aquele que se encontra a ele mais exposto, devido a todas as vicissitudes profissionais que é obrigado a enfrentar diariamente.

O “stresse ocupacional” designa-se por desajustamento entre as pessoas e o ambiente ocupacional através das relações, no contexto das ocupações profissionais; este manifesta-se através de aspectos intrínsecos ao trabalho, condições de trabalho; aspectos intrínsecos ao indivíduo, tais como as características do indivíduo: nível de ansiedade, hereditariedade, antecedentes pessoais, aptidões de bom auto-conceito, *locus* de controlo interno, experiências passadas positivas ou negativas e por último aspectos extra-trabalho, no caso de existirem problemas familiares (Mcintire, 1994).

Ramos (2001), apresenta diversos factores organizacionais agrupados em sete categorias: condições físicas no trabalho, características do trabalho, papel na organização, estrutura e clima organizacional, relacionamento interpessoal, carreira profissional e factores extrínsecos ao trabalho.

Em relação às condições físicas de trabalho pode-se dizer que para criar um ambiente saudável no trabalho teremos que ter uma luz natural ou iluminação artificial de intensidade óptima, a temperatura deverá ser agradável sem que esteja muito frio ou quente, a ausência de barulhos de variados tipos, e o espaço deve oferecer protecção e segurança, promovendo a interacção entre os diferentes

membros da equipa de trabalho. Qualquer alteração a estas condições, por excesso ou por defeito, perturba o ambiente de trabalho (Ramos, 2001).

Às características do trabalho estão relacionadas com as tarefas, as quais definem e compõem certa função, estas poderão ser indutoras de stresse, tais como: a sobrecarga de trabalho quantitativa (quantidade de trabalho); qualitativa (com exigência acrescida, exemplo: habilidades relacionais); a subcarga de trabalho, que constitui a reduzida utilização das capacidades da pessoa como técnica de conduzir ao abandono; os horários alargados; o ritmo de trabalho que pode ser ou não determinado pelo trabalhador; trabalho repetitivo considerado monótono e rotineiro, o qual poderá ser exigente; o trabalho por turnos quebra a rotina dos horários fixos e habituais, mas desorganiza o ritmo circadiano acarretando consequências negativas e crónicas no organismo, e por fim as novas tecnologias que modificam e recriam a forma de organização do trabalho exigindo uma contínua actualização, o que constitui um acréscimo de tensão do técnico (Ramos, 2001).

O papel que a pessoa assume na organização é determinante para definir o padrão de comportamento esperado pelo indivíduo, o qual idealmente deve ser claramente definido e entendido por toda a organização, caso contrário gera ambiguidade, conflito e sobrecarga de papéis; por outro lado a responsabilidade em relação a pessoas provoca mais stresse do que em relação a objectos (Ramos, 2001).

A estrutura e clima organizacionais pressupõem a articulação das relações sociais enquanto sistema de relações e actividades em rede, e o ambiente que se vive nessa mesma organização constitui o contexto que é percebido pelos diferentes elementos; nesta categoria está também incluído o *downsizing* que consiste na reestruturação organizacional com vista a redução de despesas, provocando angústia às pessoas pela incerteza e ameaça de despedimento. Outro dos aspectos inerentes à estrutura organizacional é o trabalho de equipa, que em geral fomenta o empenho e promove o rendimento e a produtividade dos trabalhadores, mas também exige maior responsabilidade e competência no relacionamento interpessoal o que pode criar situações de stresse, já que a competição interna no sentido da cooperação entre os elementos da equipa promove mais rendimento e ao mesmo tempo mais stresse, se deixa de ser sadia e

deteriora as relações e o clima existente; são também stressantes as fusões e aquisições quando não são realizadas com a colaboração dos empregados e a comunicação sobre a mudança não é eficaz, bem como as exigências organizacionais de interacção com o cliente que constrói a imagem pública da instituição e a violência no trabalho (Ramos, 2001).

No clima organizacional destaca-se o estilo de liderança e a comunicação utilizada pelos superiores, o qual afecta directamente os subordinados, quer seja um líder autocrático ou democrático, próximo ou distante, centrado nas funções ou nas relações. Quando o estilo de liderança é democrático existem menos constrangimentos em ambiente de trabalho, visto haver a participação activa dos trabalhadores nas tomadas de decisão, pois uma boa comunicação organizacional e interpessoal permite a melhoria e promoção do aumento de rendimento (Ramos, 2001).

Dos factores influente na indução de stresse, o relacionamento interpessoal é um, podendo constituir a principal causa, e em simultâneo funcionar como protector das consequências do mesmo, dificultando as diferenças individuais e o relacionamento interpessoal; um outro é a qualidade da comunicação à distância, causando stresse quando é reduzida ou por insuficiente privacidade; por último e bastante perturbador da comunicação é a falta de sensibilidade face à natureza da interacção social e sentimentos dos outros, por parte de uma pessoa (Ramos, 2001).

A dificuldade de auto-afirmação na relação quer por particularidades da personalidade de um indivíduo quer pelas características da situação em si, são factores que contribuem para a vivência de stress durante o relacionamento.

A relação entre colegas são precárias, fracas ou pobres quando estão presentes sentimentos de ameaça, desconfiança, baixo suporte, reduzido apoio interpessoal e ausência de empatia, só um bom clima de trabalho favorece o envolvimento na instituição de trabalho e promove o rendimento pessoal (Ramos, 2001).

A relação com os superiores não é só por si stressante, quando estes optam por estilo de liderança autoritária, distante e directiva, mas também quando os subordinados a percebem como tal sem justificação aparente. Um dos aspectos que contribui também para dificultar este tipo de relação, é o próprio stresse vivido pelos superiores hierárquicos, que se reflecte no relacionamento

com os outros e perturba as suas competências comunicacionais, tendo como consequência a dificuldade em exigir que cumpram as metas estabelecidas (Ramos, 2001).

A carreira profissional sendo um acumular de experiências de trabalho de determinado indivíduo ao longo da sua vida, é cada vez mais exigente, no sentido em que tem de orientar, planear, construir e desenvolver de forma activa. Actualmente a carreira desenvolve-se em diversos contextos de trabalho e diferentes organizações devido à instabilidade e insegurança presente nos locais de trabalho (Ramos, 2001).

A carreira não é de exclusivo interesse do indivíduo, mas também da organização onde desempenha as suas funções, onde se espera que os funcionários façam uma boa gestão das carreiras e que promovam o seu valor e a sua utilidade junto das organizações, constituindo uma mais valia para estas (Ramos, 2001).

O início da carreira é frequentemente marcado por dificuldades, insegurança e frustrações enquanto não adquirem reconhecimento por parte dos colegas que deverão proporcionar a transmissão de informação, orientação ou suporte. Quando a realidade não corresponde às expectativas do indivíduo surge a ambiguidade e a incerteza no que diz respeito ao papel organizacional (Ramos, 2001).

A avaliação de desempenho que permite o desenvolvimento da carreira constitui um indutor de stresse que se intensifica pelo facto do sistema de avaliação ser feito através de critérios arbitrários e muitas vezes subjectivos. Quando a formação é insuficiente o indivíduo não demonstra estar capacitado para o desempenho das suas funções e para a promoção do seu rendimento (Ramos, 2001).

Daí cada vez mais ser exigido ao indivíduo a constante actualização a nível profissional e pessoal, a qual se consegue através da formação e desenvolvimento de competências; a formação ao fornecer o feed-back indispensável ao indivíduo não só o recompensa a ele na aquisição de competências como também às organizações em que está inserido (Ramos, 2001).

No decorrer da carreira factores como promoções, recompensas, responsabilidade, estatuto incongruente, aprendizagem contínua, suporte e apoio de colegas e subordinados, até mesmo a contribuição do trabalho para a satisfação das expectativas, promovem o aumento de stresse, isto porque, é necessária uma

constante adaptação; outros aspectos que concorrem para o seu aumento e promovem uma inactividade desmoralizadora são: a alteração de funções, a mudança de trabalho e a perda de emprego (Ramos, 2001).

O fim da carreira constitui uma etapa caracterizada pelos últimos anos de trabalho e a reforma, que contribui para o aumento de stresse visto o indivíduo percepcionar esta última como um sinónimo de velhice, decadência, inutilidade e dependência, tal como o próprio trabalho que promove o stresse vivido pela pessoa (Ramos, 2001).

Os factores extrínsecos ao trabalho também originam stresse associado a este, quando ambas as dimensões centrais da vida da pessoa, a família e o trabalho, têm um potencial de stresse elevado que exige bastante de si, regra geral este é determinado a partir do tipo de relação que se estabelece com a família e com o trabalho (Ramos, 2001).

Segundo Zedeck e Mosier (1990), a família pode experimentar períodos de stresse que têm origem externa e são alvo de pressões e consequentes tensões emocionais de um papel exterior à família. Muitas vezes os papéis exteriores são incompatíveis com as obrigações e expectativas dos papéis familiares e determinadas condições dos papéis exteriores ameaçam o adequado desempenho do papel familiar (Ramos, 2001).

Outros factores do trabalho que causam stresse no seio da família foram enumerados por Ramos (2001), tais como o estatuto profissional, a satisfação profissional, o trabalho como prioridade central na vida de uma pessoa, horários de trabalho, desafios profissionais, recompensas financeiras, pressões e conflitos de papéis ocupacionais, expectativas do papel profissional, envolvimento no trabalho, satisfação na carreira, viagens e separações temporárias inerentes ao trabalho, estrutura do trabalho e participação social (Ramos, 2001).

O stresse gerado na articulação entre o trabalho e a família não tem só origem no trabalho, relativos à família são, considerados por Pearlin e Turner (1987), os factores de transição do ciclo de vida da família, de mudanças familiares inesperadas e de reestruturação dos papéis familiares. Zedeck e Mosier (1990) nomeiam como fontes familiares de stresse a tensão e satisfação marital, bem-estar global, partilha de papéis familiares, quantidade de tempo empregue com as

obrigações familiares, abuso da esposa, problemas comportamentais das crianças, gestão doméstica, cuidados aos filhos e tamanho da família (Ramos, 2001).

No caso de famílias de duplas carreiras, o excesso de trabalho não só reduz o tempo disponível como também impede os cônjuges de cuidar dos seus dependentes, nomeadamente as crianças (Ramos, 2001).

Zedeck e Mosier (1990) referem que

“(...) por um lado o stresse no trabalho afecta a família na medida em que lhe subtrai o potencial de interações positivas, à custa do dispêndio de recursos pessoais dos seus membros na assistência à pessoa em stresse; por outro lado, para alguns autores as responsabilidades familiares são a determinante essencial do absentismo, da falta de pontualidade e da ineficácia no desempenho profissional” (Ramos, 2001: 112).

Os acontecimentos de vida ou acidentes de vida (morte de um familiar, mudança de habitação, perda de emprego entre outros) provocam por vezes alterações acentuadas no curso da vida, imprimindo uma necessidade de adaptação para obter de novo a estabilidade (Ramos, 2001).

A ausência de mudança pode ser também stressante quando as pessoas vivenciam dificuldades contínuas, que envolvem indutores de stresse crónicos, os quais se caracterizam pela sua acção se manter em tempo indefinido, sem se saber quando tem lugar a sua resolução (Ramos, 2001).

Os traumas são acontecimentos que constituem um elevado indutor de stresse quando os indivíduos trabalham em condições de extrema adversidade, sendo experiências limite para a resistência humana, por exemplo em situação de guerra, abuso sexual, desastres naturais, entre outros (Ramos, 2001).

Os microstressores constituem as pequenas dificuldades do dia-a-dia que advém das boas ou más gestões e organizações da vida de uma pessoa. Os macrostressores têm lugar no âmbito da sociedade enquanto conjunto, onde surgem fontes sociais de stresse como: a pobreza; o desemprego; a criminalidade; os problemas ecológicos, entre outros (Ramos, 2001).

Quadro nº 1 - Factores organizacionais indutores de stresse

Condições físicas do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Iluminação - Temperatura - Barulho - Espaço
Características do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Características das tarefas - Sobrecarga de trabalho - Subcarga de trabalho - Horários de trabalho alargado - Ritmo de trabalho - Trabalho repetitivo - Trabalho por turnos - Novas tecnologias
Papel na organização	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiguidade do papel - Conflito de papéis - Responsabilidade
Estrutura e clima organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura organizacional - <i>Downsizing</i> - Trabalho de equipa - Competição - Fusões e aquisições - Exigências organizacionais de interacção - Clima organizacional - Violência no trabalho
Relacionamento interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Relação com os colegas, superiores e subordinados
Carreira profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Início da carreira - Avaliação do desempenho - Formação insuficiente - Insegurança - Manutenção da carreira - Transições na carreira - Fim da carreira
Factores intrínsecos ao trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação trabalho-família - Acontecimentos importantes da vida - Sressores crónicos - Traumas - Microstressores - Macrostressores

Fonte: Ramos (2001)

Lozano (1994) refere que o crescimento da tecnologia, a divisão do trabalho ou a sua intensificação e a expansão das especializações permitem que o hospital se torne num sistema de divisão de trabalho com uma elevada autoridade nos níveis hierárquicos superiores e apresente canais de comunicação formal com um conjunto de regras e normas rígidas. Frequentemente surgem conflitos entre a classe administrativa e a profissional com origem no choque entre conjuntos valores distintos, tornando o hospital um sistema desmotivacional.

Queirós (2003) apresenta situações percebidas como indutoras de stresse mencionadas pelos enfermeiros, sendo das mais referenciadas as características e sobrecarga de trabalho e as exigências organizacionais de interação; Depois surgem as condições físicas de trabalho: trabalho por turnos; relacionamento com superiores; articulação trabalho-família; saúde e educação dos filhos; ritmo de trabalho; estrutura organizacional e relacionamento com colegas; e por último, as referências ao trabalho repetitivo; subcarga; competição; mudanças frequentes de serviço e avaliação de desempenho. No que respeita à prestação casa/divórcio e falta de ocupação nos tempos livres apresentam-se pouco pontuadas.

1.5. Manifestações do Burnout

As investigações determinaram que o *burnout* é um problema com especificidade no contexto de trabalho, em contraste com a depressão, que interfere em todos os aspectos da vida pessoal, no entanto, indivíduos com personalidade tendencialmente depressiva parecem ser mais vulneráveis ao *burnout* (Maslach *et al.*, 2001).

Para melhor identificação do conceito através da análise de várias conceptualizações distinguiram-se cinco elementos de definem o *burnout*, e elas são a prevalência de sintomas disfóricos, tais como: exaustão mental e emocional; fadiga e depressão; o ênfase mais evidente nos sintomas mentais e comportamentais que nos físicos; os sintomas do *burnout* são relacionados com o trabalho; a manifestação dos sintomas verifica-se em indivíduos sem psicopatologia prévia e a diminuição da eficácia no desempenho profissional acontece por causa de atitudes e comportamentos negativos (Maslach *et al.*, 2001).

Segundo Freudenberger, o *burnout* manifesta-se através de quadros sintomáticos diversos, podendo variar o sintoma e a intensidade de pessoa para pessoa, ocorrendo geralmente, um ano após o início do exercício de funções na instituição, por ser nesse momento que os factores preditores começam a causar consequências (Freudenberger, 1974).

Os sintomas físicos são fáceis de identificar, desde o sentimento de cansaço e fadiga, a cefaleias frequentes, distúrbios gastrointestinais, insónias e dispneia. Em termos comportamentais, pode-se observar face às tarefas: desistência fácil passando à fúria; sentimentos instantâneos de irritação e frustração; choro fácil e à mais pequena pressão pode demonstrar sobrecarga, gritando. O aparecimento da fúria poderá estar relacionado com suspeição de algo ou paranóia, que progressivamente pode produzir um sentimento de onnipotência, pelo que se torna por vezes desadequado, sendo provável que recorra ao uso de tranquilizantes e barbitúricos com o objectivo de relaxar (Freudenberger, 1974).

O profissional torna-se extremamente rígido, persistente e inflexível, o que não lhe permite tolerar mudanças ou qualquer tipo de evolução, visto exigir dele uma nova adaptação. A sua atitude negativa que é verbalizada frequentemente é outro

dos indicadores da presença da síndrome de *burnout*. A sua apresentação, postura e atitude demonstram um estado depressivo (Freudenberger, 1974).

O sinal que será mais difícil de identificar é o tempo em que se mantém a trabalhar como se não tivesse mais nada para fazer ou para onde ir, facto que por vezes é mesmo real como consequência do excessivo envolvimento com o trabalho, tendo progressivamente perdido os seus amigos, sem oportunidade de criar novos; este tipo de pessoas é na sua maioria aquelas que têm necessidade de dar, que ao mesmo tempo é excessiva e irreal, provocando a ocorrência de *burnout* (Freudenberger, 1974).

Alvarez (1993) apresenta *burnout* como um processo com três fases, acrescentando que não é possível determinar o momento de origem, nem a sequência nem o encadeamento das diferentes fases implicadas no aparecimento do fenómeno, facto apoiado por outros autores.

A primeira fase acontece quando as tarefas a realizar excedem os recursos materiais e humanos criando situações de stresse, tais como conflitos nas relações interpessoais, isolamento profissional, desacordo com as metas da instituição e liderança e supervisão coercivas; a segunda fase é caracterizada pelo excesso de envolvimento no trabalho, que produz por parte do indivíduo uma resposta desadequada ao contexto, sendo acompanhada de ansiedade, fadiga, irritabilidade, manifestações que traduzem um primeiro esforço defensivo para se adaptar - atitudes como redução das metas laborais; diminuição da responsabilidade pessoal nos resultados; perda de idealismo e altruísmo nos cuidados prestados; atitude de ensino/orientação da tarefa distante; alienação laboral e aumento das finalidades egoístas reflectidas nos comportamentos (Alvarez, 1993).

Numa terceira fase dá-se o confronto defensivo onde se produzem uma troca de atitudes com a finalidade de defender-se, contrariando as tensões experimentadas, através de distanciamento emocional, cinismo e rigidez. Pela ordem de factos seria nesta última fase que se daria o aparecimento do *burnout* como resposta à situação laboral intolerável (Alvarez, 1993).

Os sintomas que caracterizam o *burnout* subdividem-se em quatro grupos apresentados em estudos realizados por Maslach e Pines em 1977, Maslach em 1982 e Cheniss em 1980, sendo eles psicossomáticos, comportamentais, emocionais e defensivos (Alvarez, 1993).

Quadro nº 2 - Sintomas do síndrome de *burnout*

Sintomatologia do síndrome de <i>burnout</i>			
Psicossomáticos	Comportamentais	Emocionais	Defensivos
<ul style="list-style-type: none"> - Fadiga crónica - Cefaleias e gastralgias frequentes - Úlceras e distúrbios gastrointestinais - Perda de peso - Hipertensão - Asma - Dores musculares - No caso das mulheres, perda de ciclos menstruais 	<ul style="list-style-type: none"> - Absentismo laboral - Aumento da conduta violenta - Comportamentos de alto risco (condução imprudente, ideia suicidas, consumos de substâncias psicoactivas, conflitos familiares) - Desinteresse pelos clientes - Ausência de iniciativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Distanciamento afectivo - Impaciência - Irritabilidade - Receio em tornar-se uma pessoa pouco estimada, tornando-se paranóica - Dificuldade em concentrar-se pela sua ansiedade - Diminuição da capacidade de memorização 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar experiências negativas: - Negação das suas emoções - Supressão consciente da informação - Atenção selectiva e Intelectualização

Fonte: Alvarez (1993)

A exaustão emocional e física, segundo Delbrouck (2006) é geralmente acompanhada de sentimentos penosos, existindo em primeiro lugar perda de vitalidade e desalento; posteriormente, instala-se a indiferença, e com a sua persistência, ocorre não só tédio e cinismo, como também a desorientação e desconcentração; a impaciência, a incapacidade de desempenhar a tarefa e a irritabilidade são conduzidas para o meio ambiente e consequentemente para o contacto com o utente; doenças físicas ou perturbações podem ser os sinais premonitórios da instalação da exaustão. Os profissionais sentem-se invadidos de tensão e de um de vazio interior.

Delbrouck (2006) define como fases de instalação da síndrome de *burnout*, que são por ordem de acontecimentos: o entusiasmo idealista, estagnação, frustração e apatia.

O entusiasmo idealista caracteriza-se por uma identificação excessiva em relação à procura e uma gasto de energia ineficaz; a estagnação define-se pela perda de

interesse pelo trabalho; a frustração constitui a fase em que os profissionais se questionam sobre a sua eficiência no trabalho, a pertinência e valor atribuído às tarefas desenvolvidas no âmbito das suas funções; por fim, instala-se a apatia, na qual a pessoa sente uma frustração crónica no plano profissional, no entanto como necessita do trabalho para sobreviver, esforça - se por trabalhar o menos possível de forma a evitar os desafios (Delbrouck, 2006).

Ribeiro (2004) apresenta três fases para o desenvolvimento da exaustão emocional e física: a fase de alarme designada pela fase defensiva e anti-inflamatória; a fase de resistência ou adaptação na qual a tensão acumula até ao esgotamento da resistência do organismo e a fase da exaustão caracterizada pela manifestação de sinais de alarme através da falha do controlo homeostático.

1.6. Causas do Burnout

Muitas vezes a principal causa do síndrome de *burnout* num profissional de saúde traduz-se em ideais de trabalhos demasiado irrealistas e perfeccionismo ao ponto de exaustão, esgotando os recursos para manter o ritmo de trabalho (Maslach *et al.*, 2001).

Freudenberger refere como factores organizacionais condicionantes do desenvolvimento de *burnout*: a rotinização das tarefas no trabalho; a monotonia, e trabalhos menos desafiadores no sentido da realização pessoal e profissional da pessoa (Freudenberger, 1974).

De entre outros, os factores apontados pelos profissionais de saúde como geradores de stress são: a sobrecarga de trabalho e horários de trabalho; os recursos humanos e materiais; o carácter monótono e rotineiro da profissão; o nível de responsabilidade; conflito e ambiguidade de papeis (Burke e Greenglass, 1995); conflitos intra equipa; necessidade de saber mais e melhor; a imposição de terem de transmitir as decisões dos seus superiores; a falta de autonomia e de recompensas (Jackson e tal., 1986); a escassez de tempo para reflectir sobre a prática profissional; a ínfima participação nas tomadas de decisão e a inexistência de oportunidades de valorização e o contacto directo com os doentes. Estes aspectos acima descritos, anteriormente correlacionam-se fortemente com o desenvolvimento de exaustão emocional nos profissionais de saúde em relação às outras dimensões do *burnout* em diversos estudos efectuados (Marques-Teixeira, 2002).

Os aspectos organizacionais têm carácter hierárquico, burocrático e especializado das organizações de saúde, percebido pelos profissionais de saúde como gerador de stresse.

A sobrecarga de trabalho é uma variável determinada consoante o tipo de serviço e a sua exigência específica, tendo como exemplos o Serviço de Urgência, onde ocorrem situações de risco de vida em que a decisão tem que não só ser rápido mas eficaz, e a Unidade de Cuidados Intensivos que é vulgarmente apelidada como “atulhada de stress” (Figueiredo, 1999).

Muitas vezes devido ao carácter urgente com que as decisões têm que ser tomadas neste tipo de serviços, os profissionais apenas têm tempo para estabelecer

prioridades, decidir e actuar o que leva a que só posteriormente ponham em causa as decisões tomadas, sendo estas comumente apresentadas pelos profissionais de saúde como stressantes.

Os horários de trabalho são geralmente variáveis o que colide com os ritmos de vida social, dificultando a participação em actividades sócio-culturais, tendo consequências a nível interpessoal, e segundo o referenciado no texto, 90% de todos os profissionais de enfermagem são mulheres, factor que leva a uma dificuldade acrescida de equilíbrio estável entre as responsabilidades laborais com as responsabilidades familiares (Figueiredo, 1999).

O factor anteriormente referenciado vai aumentar não apenas o stress biológico, uma vez que no caso dos enfermeiros o horário muda diariamente, o que produz dificuldades no ajuste dos padrões de sono, mas também aumentar o stress efamiliar, uma vez que exige à família uma maior flexibilidade para a resolução de problemas familiares.

Os recursos humanos ao nível de enfermagem apresentam-se cada vez mais deficitários. A falta de profissionais de enfermagem, que ainda é agravada pela saída dos fracos recursos humanos para o desempenho de funções administrativas, implica uma diminuição de tempo para a resolução de problemas, discutir sentimentos e ter tempo e disponibilidade para escutar e estar junto do utente (Figueiredo, 1999).

Devido à crescente falta de recursos humanos, que é colmatada com a importação de profissionais de outras nacionalidades, com *backgrounds* diferentes e com aprendizagens escolares diferentes, a essência profissional tem sido alterada. Da mesma forma, os profissionais portugueses, que têm vindo a evoluir a nível académico, têm sido cada vez mais empurrados para lugares de chefia, lugares administrativos e não de prestação de cuidados. Os profissionais na prestação de cuidados directos, ou são recém formados, com necessidades de formação e orientação tradicionalmente dadas pelos enfermeiros mais graduados e antigos a nível profissional, ou são aqueles que menos investiram, logo os que possuem menos conhecimentos, ou com mais dificuldades de adaptação e gestão de conflitos, que estão desta forma não só mais sujeitos, como são eles próprios maior causa de stresse profissional.

O carácter monótono e rotineiro atribuído pelos enfermeiros da área de saúde mental e psiquiatria à prestação de cuidados, deve-se essencialmente à falta de motivação no investimento em “casos perdidos”, os doentes “crónicos” ou doentes com internamentos frequentes, tal como à quase inexistência de técnicas invasivas a efectuar e pela recusa em realizarem actividades autónomas da competência dos enfermeiros (Mcyntire, 1994).

O nível de responsabilidade assumida pelo enfermeiro muitas vezes é-lhe imposto pela falta de recursos humanos e não pela sua capacidade em desempenhar tal tarefa; desta forma, o enfermeiro sentir-se-á pressionado aquando da realização dessa tarefa, o que produz uma diminuição da sua produtividade enquanto profissional e simultaneamente aumenta os seus níveis de stress (Mcyntire, 1994).

O conflito de papéis intra equipa é resultante das dificuldades de relacionamento interpessoal e dos problemas de comunicação; surgindo não apenas como resultado de todos os factores anteriormente referidos, mas também face às diferentes personalidades dos membros da equipa (Figueiredo, 1999).

Paralelamente a esta situação, as pessoas encontram-se a trabalhar numa mesma equipa por vários motivos: com diferentes objectivos de progressão e diversas preocupações, traduzindo-se em factores stressantes que deverão ser trabalhados e geridos não apenas pelos diferentes elementos da equipa, mas também pelas chefias da mesma.

A falta de recursos materiais torna-se um problema para os profissionais de saúde principalmente por dois motivos: pela sua inexistência, o que se torna complicado devido ao carácter urgente com que muitas decisões devem ser tomadas pelos profissionais de saúde; ou pela sua desadequação, o que leva a que o trabalho do profissional em vez de facilitado seja dificultado (Figueiredo, 1999).

A necessidade de saber mais e melhor sentida pelos profissionais de saúde, é desenvolvida através realização de auto avaliação de competências necessária, que por receio de cometer erros conduz a uma situação de stress quase permanente (Figueiredo, 1999).

Hoje em dia, cada vez mais a carreira exige ao profissional a actualização constante de conhecimentos através de formações creditadas, quer intra quer inter institucionalmente. Esta sobrecarga de formação leva a que além da já existente

no trabalho e dos horários com poucas pausas, o profissional tenha que gerir o tempo que terá que ser retirado quer à sua vida social quer familiar para manter as suas competências de acordo com os parâmetros profissionais actuais.

O fardo de terem de transmitir as decisões dos seus superiores é sentido pelos profissionais como fazendo parte da cultura da organização ou como sendo decisões dos seus superiores hierárquicos e com as quais poderão concordar ou não (Figueiredo, 1999). No entanto, por estarem inseridos na organização têm que sofrer as consequências das mesmas e lidar com o público como se essas decisões fossem suas, e possivelmente, sofrer os revezes que as mesmas possam provocar. A falta de tempo para reflectir sobre a prática profissional e a inexistência de oportunidades de valorização origina stress na interacção entre o indivíduo e a situação (Figueiredo, 1999).

É aqui se estabelece a diferença entre os diferentes indivíduos, a capacidade de tolerância dos mesmos à intensidade do stress e a valorização subjectiva que estes fazem da sua própria tolerância ao stress. A baforada de rotinas na prestação de cuidados que cresce a cada dia que passa, deixa cada vez menos tempo para reflectir sobre a prática do profissional - a ausência da tomada de decisões e discussão entre os diferentes membros da equipa sobre a atitude ideal a ter perante cada situação específica, põe em causa a excelência dos cuidados. Relativamente à inexistência de oportunidades de valorização, por vezes o profissional não se sente reconhecido quer pelos seus colegas quer pelas chefias, apesar do seu esforço, pois muitas vezes por maior que este seja, os restantes elementos ou não o reconhecem ou vêem-no como uma forma de o indivíduo se fazer sobressair em relação aos outros, não entendendo isto como uma mais valia para o trabalho de equipa e em prole do bem comum, mas sim em benefício estritamente individual.

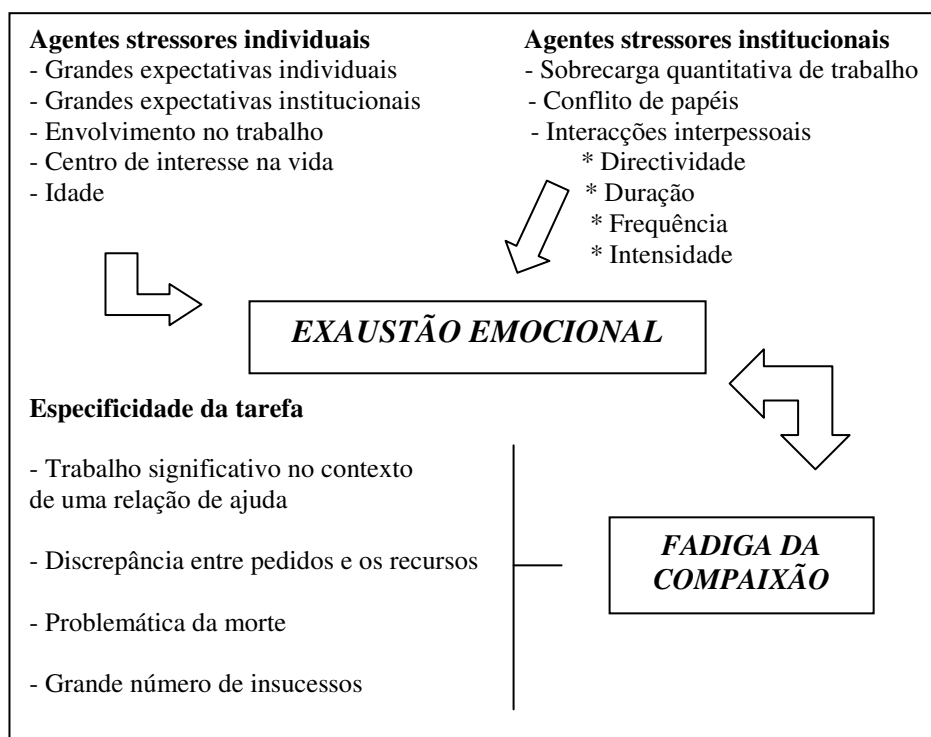
O contacto com os doentes é gerador de stress: pois o enfermeiro tem que lidar diariamente com: o sofrimento das pessoas que presta cuidados; “doentes difíceis” que não colaboram nos cuidados de que são alvo; as incertezas e limites do conhecimento e a exposição incontroável à morte (McIntire, 1994).

As profissões da prestação de cuidados têm: a necessidade de planear, executar e avaliar sistematicamente os cuidados prestados aos doentes no sentido de resolver ou aliviar os seus problemas e ainda lidar constantemente com o sofrimento dos

seus semelhantes (quer sejam doentes ou familiares) e a maioria das vezes com a morte. Não tendo formação de base para lidar com este tipo de situações, existe a crença de que estes comportam imunidade à doença, por serem detentores de conhecimento na área da saúde.

Estes aspectos referenciados pelos profissionais de saúde como geradores de stress constituem características do clima organizacional em meio laboral, em organizações de saúde, onde se torna muito urgentemente tomar medidas no sentido de providenciar as alterações necessárias à estrutura organizacional por forma a diminuir este estado de tensão sentido pelos profissionais que ali trabalham, de entre outras medidas preventivas de *burnout* nos enfermeiros, o que consequentemente, promoveria a saúde mental dos enfermeiros e a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem.

Figura nº 3 - Complexidade da tarefa na génese da exaustão emocional



Fonte: Marques-Teixeira (2002)

A figura de Marques-Teixeira apresenta o papel do cliente nas interações com os profissionais de saúde e as expectativas destes últimos em relação aos primeiros, como factores que contribuem para a explicação do fenómeno *burnout* (Marques-Teixeira, 2002).

Estes factores têm a sua origem na relação de ajuda desenvolvida pelos profissionais de saúde, tarefa onde permanecem longos períodos e tendo em conta que lidam com várias pessoas, terão que ser bastante versáteis de forma a adaptarem-se quer às personalidades dos utentes quer aos seus problemas, que será tão mais difícil quanto menor for a probabilidade de melhorias no estado clínico ou cura (Maslach, 1978).

A interacção entre os clientes e os profissionais pode ser stressante para ambos os intervenientes, quer pelo desconforto provocado através das técnicas aplicadas, quer pela hostilidade dirigida aos técnicos. O factor que influencia determinantemente a interacção entre os intervenientes em termos de stress emocional é o papel que desempenha o cliente. A este papel estão inerentes: o tipo de problemas, a natureza da relação estabelecida, as regras existentes no serviço e a postura e reacções dos clientes (Maslach, 1978).

Os clientes que provocam mais stress emocional são aqueles que repetidamente apresentam o agravamento da sua situação, num contexto de cronicidade do problema, o que promove sentimentos de ineficiência e fracasso nos profissionais. Outro aspecto que desencadeia stress emocional é quando os profissionais se identificam com os clientes, os seus sentimentos e os seus problemas, envolvendo-se demasiado, e frequentemente colocando-se na sua posição (Maslach, 1978).

As regras podem ser utilizadas para fomentar a relação entre os intervenientes ou o distanciamento entre eles, para que o funcionário evite a responsabilidade da tomada de decisão por vezes complexa e difícil (Maslach, 1978); os clientes dependentes constituem uma grande sobrecarga para os profissionais, visto serem exigentes e solicitarem bastante a presença dos técnicos (Maslach, 1978).

O feedback expresso pelos utentes é de primordial importância para os profissionais: traduz a qualidade do trabalho efectuado, o reconhecimento pela pessoa e constitui uma forma de avaliação do profissional; no entanto, geralmente o feedback recebido pelos técnicos é o negativo, pois os clientes só se manifestam

em relação ao seu descontentamento, não sendo os elogios manifestados, sob a falsa crença de que os profissionais estão a ser pagos para fazerem bem o seu trabalho (Maslach, 1978).

Independentemente das características pessoais dos utentes, estes confiam nos profissionais de saúde ao ponto de desenvolverem a convicção de que são os únicos responsáveis pelo bem-estar e saúde dos clientes, facto esse que torna a tarefa exponencialmente mais desgastante.

Jackson *et al.* (1986) sugerem que a sobrecarga do número de utentes pode ser subdividida em dimensões quantitativa e qualitativa: na dimensão quantitativa estão subjacentes a duração dos contactos, o número de interações e a percentagem de tempo dispendido para os utentes; na dimensão qualitativa estão inerentes as características individuais de cada sujeito. (Marques-Teixeira, 2002)

Marques-Teixeira (2002) teceu algumas considerações em relação aos profissionais de saúde mental, referindo um aumento do interesse em estudar esta área em particular, essencialmente pela prestação de cuidados na saúde mental originar diversos efeitos negativos aos profissionais.

Pines e Maslach (1978) citado por Marques-Teixeira (2002), refere que quanto maior for o atendimento a doentes esquizofrénicos, menor é a satisfação expressa pelos profissionais de saúde mental, consequentemente o trabalho que realizam dá – lhes menos prazer, têm menos probabilidade de o considerarem como o emprego ideal, e ocupam-se mais de tarefas administrativas como forma de o evitarem. Os autores também verificaram que quanto mais tempo, uma equipa trabalha na saúde mental, menos aprecia trabalhar com doentes, sentindo - se menos eficazes em relação às intervenções que realiza e apresentando atitudes menos humanas.

Face a estes dados, será que se pode dizer que os profissionais de saúde mental constituem um grupo claramente distinto em relação aos restantes técnicos de saúde? Certo é que alguns estudos sugerem uma maior incidência de perturbações mentais na área de psiquiatria, tendo-se registado uma maior frequência de perturbações emocionais e suicídio em psiquiatras do que noutras especialidades (Marques-Teixeira, 2002).

Fica em aberto a questão da importância que se pode atribuir quer à profissão em si quer ao indivíduo que a escolhe, e a vulnerabilidade deste o tornarem mais

predisposto a desenvolver *burnout*. Alguns estudos referem o neuroticismo e a ansiedade como traços comuns na escolha da especialidade de psiquiatria (Marques-Teixeira, 2002).

Para se responder melhor a esta questão é importante saber factores ocupacionais específicos que apresentam mais risco para a saúde e bem-estar destes profissionais. De entre muitos, a possibilidade de existir maior envolvimento com os doentes e o que lhe está inerente - isto é, o ter que lidar com períodos de violência por parte dos doentes, porque a maioria das vezes ao contacto interpessoal estabelecido com estes está associado uma forte carga emocional acompanhada de tensão, ansiedade, desespero, medo e hostilidade; para além do referido anteriormente, podem-se salientar também aspectos como a dificuldade que os profissionais de saúde mental têm em se demarcarem com clareza nas suas interações profissionais - o ter de lidar com a dor emocional dos outros e a cronicidade apresentada pela generalidade dos doentes (Marques-Teixeira, 2002). Apesar de estes últimos aspectos puderem contribuir significativamente para o desenvolvimento de *burnout*, e terem uma importância muito semelhante a alguns aspectos organizacionais, não lhes foi ainda dado o devido realce, em estudos realizados.

1.7. Consequências de Burnout

O stresse tem consequências multi-orgânicas, dependendo os seus efeitos da pessoa que está a ser atingida e do tipo de consequências que a mesma tem mais tendência a sofrer; apresenta ainda diferentes tipos de consequências que se costumam diferenciar entre psicossomáticas e psicológicas.

Em última instância, o profissional exposto a períodos intensos e frequentes de stresse desenvolve *burnout* e daí advém respostas comportamentais, fisiológicas, psicológicas e atributivas (Marques-Teixeira, 2002).

Os estudos também têm demonstrado uma série de consequências provocadas pela exaustão emocional: a diminuição na satisfação no trabalho; diminuição da auto-estima; diminuição da adesão à instituição e um grande desejo e intenção de mudar de emprego (Marques-Teixeira, 2002).

Numa meta-análise realizada por Lee e Ashforth, foi constatado que factores como: conflitos de papéis, sobrecarga de trabalho e falta de autonomia eram os responsáveis pela exaustão e diminuição da adesão à instituição como antecedentes, e a vontade de mudar de emprego como consequências (Marques-Teixeira, 2002).

Quadro nº 3 - Antecedentes da exaustão emocional/consequências da exaustão emocional

Antecedentes da exaustão emocional	Consequências da exaustão emocional
<ul style="list-style-type: none">✓ Conflito de papéis*✓ Sobrecarga de trabalho*✓ Conflitos interpessoais✓ Falta de autonomia*✓ Falta de recompensas	<ul style="list-style-type: none">✓ Diminuição da satisfação no trabalho✓ Diminuição da auto-estima✓ Diminuição da adesão à instituição*✓ Vontade de mudar de trabalho*
Jackson <i>et al</i> , 1986; Burke e Greenglass, 1989, 1995; Rosse <i>et al</i> , 1991 ; Thomas e Williams, 1995 ; Cordes <i>et al</i> , 1997) *Confirmados pela metaanálise de LEE e Ashdorth (1996)	

Fonte: Marques-Teixeira (2002)

A noção de insucesso profissional é vivido de uma forma dolorosa, e o profissional expressa-se com sentimentos não só de ineficácia, mas também de frustração em relação às expectativas que desenvolvera acerca da profissão. O profissional começa a duvidar da sua capacidade em contactar com os clientes, pelo que se auto desvaloriza, culpabiliza-se e sente-se desmotivado. As consequências que podem daí advir são o absentismo com ou sem justificação, fuga ao trabalho, projecto de mudança de profissão, nalguns casos a hiperactividade, onde se prolonga o tempo de trabalho, mas a rentabilidade e a eficiência diminuem (Marques-Teixeira, 2002).

1.8. Prevenir e actuar a nível geral e das organizações

Segundo Marques-Teixeira (2002), a forma de moderar o *burnout* garante-se através de três processos é: primeiro, a disponibilidade de recursos para moderar a relação entre os stressores laborais e a exaustão emocional; segundo, moderar a relação entre a exaustão emocional e a despersonalização; e em último, moderar a relação entre despersonalização e os sentimentos de auto-eficácia.

Os recursos que um indivíduo pode beneficiar são de origem organizacional e pessoal, e o suporte obtido permite também ajudar a orientar as suas capacidades no sentido de lidar com o potencial perigo; a nível organizacional podemos obter através dos funcionários seniores credíveis e pares que transmitem palavras reconfortantes como forma de reconhecimento do seu esforço e trabalho realizado; em relação aos recursos pessoais são descritos como uma fonte de suporte que aumenta a capacidade de cada indivíduo para lidar com as diferentes situações no trabalho.

Segundo Maslach *et al.* (2001) foram propostas várias estratégias de intervenção para lidar com esta problemática, algumas focalizadas na prevenção do fenómeno, outras tentando tratar o problema após ele aparecer.

Primeiramente, apresentava soluções orientadas para o indivíduo, tais como: o abandono do local de trabalho pelo funcionário e criação estratégias individuais do indivíduo, de forma a fortalecer os seus recursos pessoais que lhe permitem alterar o seu comportamento no trabalho. Estas soluções são contraditórias em relação aos pressupostos de que o contexto e ambiente de trabalho são factores que mais influenciam o desenvolvimento de *burnout*, constatados através da investigação (Maslach *et al.*, 2001).

A abordagem individual poderá ajudar o indivíduo a aliviar o *burnout* através de intervenções tais como desenvolver estratégias de *coping* adequadas à pessoa e ao tipo de situações em que geralmente tem dificuldade e submeter-se a sessões de relaxamento.

Múltiplas estratégias de intervenção foram experimentadas, desde: terapia de inoculação de stresse; relaxamento; gestão de tempo; treino de assertividade; terapia racional emotiva; treino de competências sociais e interpessoais; espírito de equipa; gestão de trabalho e meditação; no entanto alguns casos manifestaram

a redução da exaustão emocional e física, e ficam escassos aqueles que reportaram diminuição de despersonalização/cinismo e ineficácia profissional (Maslach *et al.*, 2001).

As organizações, regra geral, estipulam para cada procedimento em particular um lugar e um tempo, e têm em conta que os profissionais assumem a responsabilidade das funções que têm que exercer da forma como se sentirem mais à vontade; para isso acontecer terão que ter autonomia e conhecimento das consequências por não cumprir as regras estabelecidas pela organização (Maslach *et al.*, 2001).

A literatura descreve intervenções para lidar com o *burnout* focalizadas no ambiente de trabalho tal como na pessoa que lá trabalha. A solução encontrada é a combinação da mudança nas rotinas da prática e intervenções educativas direccionadas para o indivíduo, visto ambas se tornarem incompletas em separado. A resposta não está, nem em mudar o contexto, nem as pessoas, mas sim em criar um plano de trabalho alternativo adequado às pessoas e realidades do contexto de trabalho estabelecendo assim uma real mudança (Maslach *et al.*, 2001)

A vantagem da abordagem referida anteriormente, é permitir uma construção do envolvimento do indivíduo no trabalho, designado por “*building engagement*”, o qual constitui um objectivo positivo para atingir em vez de diminuir o *burnout*; este é caracterizado pelo desenvolvimento de energia, vigor, envolvimento, dedicação e a eficiência dos profissionais em promover o seu bem-estar e produtividade.

Ribeiro (2004) propõe que se activem factores de protecção dos profissionais de saúde desenvolvendo a agilidade e confidencialidade dos serviços de inspecção laboral no sentido de prevenir e reabilitar em vez de sancionar; e defende o investimento na formação científica com vista a educar os impulsos e os afectos de forma a ter capacidade de autocontrolo e domínio das emoções negativas.

Simões (2005) refere que pelo facto da formação dos profissionais de saúde se desenvolver em modelos biomédicos de saúde e de doença, com o objectivo de garantir a sobrevivência e a cura, alerta para a necessidade de uma especial atenção quando as organizações prescrevem exigências na linha da relação de ajuda, alívio de sofrimento, cuidar, informar, apoiar, escutar e pensar em

objectivos para alcançar a qualidade de vida dos utentes, intervenções para as quais os técnicos não têm, na sua maioria, formação.

2. *Apoio Social*

O apoio social é descrito por diversos autores como factor atenuante dos efeitos de stresse. O apoio social consiste na “quantidade e coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa: a força dos laços estabelecidos, a frequência do contacto e o modo como é percebido que existe um sistema de apoio que pode ser útil e prestar cuidados quando é necessário” (Vaz, Serra, 2002).

Consoante a rede social de apoio do indivíduo, assim ele experimenta níveis diferentes de stresse - menor intensidade quando o apoio social é maior.

A rede social de apoio de cada indivíduo subdivide-se em: formal, que consiste na rede social pessoal onde o indivíduo estabelece vínculos mais íntimos e informal designada pela rede social abstracta e exterior, que é constituído pelas instituições e serviços de apoio ao indivíduo existentes na comunidade. Os níveis de rede social são o abstracto, o pessoal e o exterior.

A rede social pode ser positiva ou negativa, alargada ou restrita, densa ou dispersa, antiga ou recente, simétrica ou assimétrica.

A rede social pessoal e significativa caracteriza-se por: dimensões; funções do vínculo; actividades desenvolvidas; características estruturais e atributos do vínculo.

Segundo HoBfoll e Vaux, citado por Vaz Serra (2002), o apoio social é um meta-constructo que enquadra três constructos diferentes, que são: os recursos da rede social; o comportamento de apoio e a avaliação de apoio.

Os recursos da rede caracterizam-se pelas relações sociais disponíveis, ou seja, pessoas dispostas a prestar ajuda em caso de necessidade, que pertencem ao grupo de apoio social do indivíduo. A rede social começa por ser constituída primeiramente, pela família, alargando aos amigos, colegas de trabalho e conhecidos. Segundo Vaz Serra (2002), foram realizados estudos que comprovam que quando a pessoa tem a percepção ou que pertence a uma rede social de apoio forte vivencia as situações de stress com menos intensidade. Uma rede social forte muitas vezes não significa que seja alargada, pode ser pura e simplesmente, um grupo de amigos e conhecidos coeso, que oferece auxílio eficaz para a resolução de problemas que vão surgindo. No entanto, House (1981) citado por Vaz Serra (2002:120), refere que quanto mais recursos o indivíduo tem, “maior facilidade

tem em obter apoio social de uma rede social e de activar e utilizar com êxito o apoio recebido dos outros”.

O comportamento de apoio define-se pela troca de recursos entre pelo menos dois indivíduos, um receptor e um dador, tendo como objectivo o aumento do bem-estar do receptor. A necessidade de apoio social é motivada quando o indivíduo: perde os seus recursos, os recursos são ameaçados de perda ou os recursos são investidos sem consumação de ganhos consequentes; entende-se por recursos: objectos pessoais, características pessoais, condições específicas de vida e fontes de energia. O comportamento de apoio pode ser influenciado ou distorcido, isto porque o indivíduo que recebe o apoio social só reconhece, muitas vezes quando tem origem em pessoas, nas quais deposita grandes expectativas, sendo que por vezes as pessoas que realmente ajudam, materialmente, não são reconhecidas como tal (Vaz Serra, 2002).

A avaliação subjectiva do apoio designa-se por aquilo que o indivíduo percepçiona e do significado do apoio social que obtém. A avaliação que o indivíduo faz é influenciado, pela forma como interpreta a realidade das suas vivências; o significado que o indivíduo dá ao apoio social recebido pode-se caracterizar como existente ou nulo, suficiente ou insuficiente, de boa ou má qualidade, ser oportuno ou não ter chegado no momento certo (Vaz Serra, 2002).

Segundo Vaz Serra (2002), um apoio social de boa qualidade constitui um factor que protege a pessoa contra a sua deterioração e a favor do seu bem-estar. É importante sublinhar que a necessidade de apoio social não existe apenas em situações de crise, mas também nas de manutenção do equilíbrio e bem-estar da pessoa.

O apoio social tem como função: estabelecer elos afectivos; contribuir para a integração social do indivíduo e favorecer o reconhecimento do valor e da sua competência; instituir a possibilidade de dar e de receber informações orientadoras; ajudar a fomentar uma relação de confiança e criar a oportunidade ao indivíduo de cuidar de outras pessoas, o que o leva a sentir-se útil, segundo Weiss (1974) citado por Vaz Serra.

Relativamente, ao tipo de funções que o apoio social desempenha, este subdivide-se em: apoio afectivo; emocional; perceptivo; informativo; instrumental e de convívio social.

O apoio afectivo permite que as pessoas se sintam estimadas e aceites pelos outros, o que contribui para a auto-estima; um bom apoio social permite manter o bem-estar do indivíduo e proteger contra a deterioração da saúde (Vaz Serra, 2002).

O apoio emocional é caracterizado pelos sentimentos de apoio e de segurança que uma pessoa pode receber; neste tipo de apoio, é de primordial importância a capacidade de escuta de quem ajuda, pois dessa forma transmite-se empatia à pessoa ajudada, o que a faz sentir compreendida (Vaz Serra, 2002).

O apoio perceptivo consiste na ajuda que permite fazer uma análise mais correcta da situação, atribuir um significado que não o originado pelas emoções geradas na situação de stress e a estabelecer objectivos concretos e exequíveis (Vaz Serra, 2002).

O apoio informativo é constituído pelas informações que ajudam os indivíduos a compreender melhor as situações e a terem ao seu dispor um leque mais variado de respostas para o seu problema, facilitando assim a sua tomada de decisão (Vaz Serra, 2002).

O apoio instrumental é a ajuda concreta que o indivíduo recebe através de materiais ou de serviços, que permitem resolver a situação (Vaz Serra, 2002).

O apoio de convívio social é aquele que permite a realização de actividades de lazer ou culturais em conjunto com outras pessoas, com o objectivo não só de se distraírem, mas também para aliviarem as tensões e para se sentirem parte integrante de uma rede social (Vaz Serra, 2002).

Existem ainda outros tipos de rede social de apoio, designadas por grupo de apoio, onde o indivíduo ao partilhar as suas experiências e problemas poderá encontrar empatia e compreensão; segundo Rodriguez e Cohen (1998) citada por Vaz Serra, nos grupos de apoio que têm como objectivo: criar condições inter-pessoais que promovam a expressão das necessidades de apoio; ensinar os membros do grupo a reconhecer e responder aos apelos feitos; obter auxílio e avaliar o impacto das transacções de apoio, promove-se a comparação entre pares, que é considerado, como facilitadora da implementação de estratégias adequadas a cada indivíduo e consequentemente, segundo os mesmos autores, este processo permite: a expressão de emoções negativas; atenua o isolamento; a construção de novas

identidades e novos papéis sociais e reduz a avaliação ameaçadora por parte dos restantes elementos.

Tendo em conta que o apoio social é útil para a resolução de problemas e que previne consequências ao nível da saúde mental e física, Rodriguez e Cohen (1998), apresentam duas formas de fomentar o apoio social de um indivíduo, sendo elas o criar novas redes sociais de apoio e reforçar as interações existentes entre os membros da rede social em que o indivíduo está inserido. Alguns estudos demonstram que o reforçar das relações dentro de rede social em que se está inserido contribui para atenuar as complicações dos problemas e é benéfico para a saúde mental e física (Vaz Serra, 2002).

O apoio social é reconhecido como moderador da síndrome de *burnout* na vasta literatura existente sobre a temática. Matos e Ferreira (2000) citam Cassel (1976) e Cobb (1976) por referirem a importância do apoio social em relação à saúde física e psicológica de um indivíduo.

Queirós (2005: 262) conclui que, os enfermeiros com mais apoio social relativamente às três dimensões, são mais eficazes e manifestam menos exaustão e menos cinismo; por outro lado, o apoio social total e com menos expressão o apoio emocional, são preditores da exaustão emocional e física; e simplesmente o apoio social total surge nos seus estudos como moderador da eficácia; constatou também que o baixo apoio emocional se traduz em maior cinismo.

3. *Coping*

O termo *coping* foi introduzido na língua inglesa, *couper* termo francês, que significava na idade média bater ou atingir; presentemente, refere-se a estratégias utilizadas pelo ser humano para lidar com situações geradoras de stress.

Em 1966 e 1981, Lazarus diz que “the term coping refers broadly to efforts to manage environment and internal demands and conflicts among demands (Lazarus, 1982: 14)”.

A ênfase atribuída pelo autor aos pensamentos e actos durante situações de stress contrasta com a abordagem de compreensão das diferenças individuais do sujeito, a qual foca as características da personalidade como variáveis estáticas moderadoras. O autor apresenta reservas em relação a esta teoria, primeiro porque as variáveis moderadoras tendem a associar-se com pouca frequência com as estratégias de coping e segundo, mesmo que as variáveis moderadoras sejam preditoras das diferenças individuais em resposta ao stress e em *outcomes* adaptativos, não entenderíamos os processos intermédios (Lazarus e Folkman, 1984).

Segundo Lazarus e Folkman (1984) citado Vaz Serra (2002:365), *coping* constitui “os esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo para lidar com as exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos”.

Segundo Mendes (2002), os processos cognitivos do *coping* e a avaliação cognitiva constituem mediadores primordiais nas relações de stress/pessoa/ambiente (Silva, 2005).

Monat e Lazarus em 1985, acrescentam à definição de *coping* as situações, de dano, ameaça e desafio, que designam como específicas de episódios de stress.

Webster citado por Neeb (2000:103) citado por Santos e Gonçalves (2007) refere que o conceito de *coping* “é um modo como cada indivíduo se adapta física, psicológica e comportamental a um factor de stress”.

As estratégias de *coping* para os autores Snyder e Dinoff (1999) são as respostas do indivíduo à finalidade de aliviar a “carga” física, emocional e psicológica originadas nas situações de stress; quando estas estratégias são eficazes ao ponto

de reduzir a perturbação rapidamente ou mesmo evitá-la, promovendo o bem-estar do indivíduo.

O ser humano tem como propósito para além de atenuar as emoções sentidas, também a resolução directa do problema e a busca de apoio social. É importante saber que o grau de eficácia das estratégias de *coping*, está directamente relacionado com o tipo de recursos do indivíduo e com o problema com que se depara, contudo o momento em que a utiliza, pode não se adequar a si (Vaz Serra, 2002).

Segundo Geada (1996), numerosos estudos demonstraram que estilos específicos de *coping* que interpretam, integram e dão significado às experiências de vida de cada pessoa, estão associados à maior resistência aos efeitos negativos aos stressores do meio interno e externo, e permitem manter o equilíbrio físico interno associado à saúde.

Vaz Serra, no que diz respeito ao facto do fenómeno *coping* estar relacionado com a interacção existente entre o indivíduo e o meio ambiente, considera primordial a importância da personalidade do indivíduo ou da situação, já outros autores dão mais ênfase às circunstâncias da situação que induz ao stress.

Snyder e Dinoff (1999), referem que a correlação entre a personalidade dos indivíduos e coping demonstra: o impacto que as diferenças individuais produzem em relação à exposição; à reactividade e disponibilidade de estratégias, mas também relativamente à manutenção de do bem-estar psicológico e saúde física do indivíduo (Vaz Serra, 2002).

A forma como cada um lida com o stress não tem só a ver com a personalidade do indivíduo e as estratégias, mas também com os recursos de que dispõe; os quais se referem aos factores sociais e pessoais que influenciam a forma como o indivíduo lida com as situações, a experiência da pessoa, as características da sua maneira de ser, a sua capacidade económica e até mesmo a possível ajuda por parte da rede social em que se encontra (Vaz Serra, 2002).

Segundo Moos e Shaefer (1993) citado por Vaz Serra, as respostas desenvolvidas face ao stress devem ser compreendidas tendo em conta cinco aspectos: as circunstâncias de vida indutoras de stress e os recursos sociais do indivíduo; os aspectos sócio-demográficos que incluem os recursos pessoais de *coping* da pessoa; aspectos prévios de índole pessoal e ambiental; a forma como o indivíduo

faz a avaliação cognitiva da circunstância e as respostas de *coping*, e a saúde e bem-estar do indivíduo.

As estratégias de *coping* são aprendidas através não só da observação denominada por aprendizagem vicariante, na qual se faz aquilo que se vê fazer a pessoas de referência, mas também através dos factores cognitivos, ou seja, o modo como o indivíduo pensa, e a sua personalidade. Os valores (aquilo que o indivíduo quer ou prefere) e as crenças (aquilo que pensa que é verdade, quer aprove quer não) são aspectos intrínsecos ao *coping*, os quais constituem os esquemas de auto-regulação do indivíduo, aprendidos de forma explícita através do comportamento dos outros e implícita quando observa e memoriza (Vaz Serra, 2002).

Folkman e Lazarus (1980, 1985) citados por Vaz Serra, referem que as estratégias de *coping* são orientadas para dois objectivos, a resolução do problema e controlo das emoções. Delongis e Newth (1998), adicionam uma dimensão inter-pessoal, a qual está relacionada com a forma como o indivíduo se relaciona com outras pessoas em situação de stresse.

As estratégias para lidar com stresse subdividem-se em duas em duas grandes categorias: a abordagem e confronto do problema e o evitamento da circunstância aversiva (Vaz Serra, 2002).

Lazarus refere que o coping afecta a saúde do indivíduo tendo em conta a frequência, a intensidade e a resposta neuroendócrina face ao stresse, prevenindo a vivência de situações demasiado stressantes e capacitando a pessoa no sentido da resolução do problema.

Há uma tendência manifesta da utilização de estratégias de resolução de problemas no caso do stresse ser sentido com pouca intensidade, contrariamente ao ser vivido com maior intensidade optando-se por reduzir a tensão emocional (Vaz Serra, 2002).

No que diz respeito às estratégias de lidar com o stresse focadas no problema, estas têm como principal meta eliminar a causa do stresse, atenuando a influência adversa das emoções sentidas na situação (Vaz Serra, 2002).

As emoções sentidas em acontecimentos geradores de stresse são habitualmente desagradáveis, o que mais incomoda o indivíduo, tendo origem habitualmente na interpretação que o mesmo faz do acontecimento, desorganizam o seu quotidiano e interfere bastante no seu bem-estar (Vaz Serra, 2002).

De forma a lidar com as emoções existem vários tipos de estratégias de redução da tensão emocional enquadradas na categoria das estratégias de lidar com o stress focadas na emoção, tais como: falar com alguém; refugiar-se em actividades alternativas que sejam prazerosas; manter-se activo através do acréscimo da carga horária de trabalho, e em última instância isolando-se de tudo e de todos (Vaz Serra, 2002).

Outra forma de atenuar as emoções desagradáveis é através do controlo perceptivo da situação, o qual permite que a emoção não seja sentida pelo indivíduo de uma forma muito intensa. Pearlin e Schooler (1978), referem alguns mecanismos através dos quais se procede ao controlo perceptivo, tais como: a neutralização da ameaça quando a pessoa faz comparações positivas do problema; a ignorância selectiva no caso de atribuir ao problema pouca importância, dando prioridade a outras situações; o adiamento do confronto e o evitamento activo da situação nas situações em que o indivíduo não reconhece o problema como sendo seu, projectando-o (Vaz Serra, 2002).

Segundo Latack (1986), os mecanismos utilizados para controlo perceptivo da situação podem-se tornar úteis, pois o distanciamento que o indivíduo obtém do problema permite-lhe analisar o acontecimento e ponderar calmamente uma tomada de decisão, ou no caso de constituir uma situação que se resolve por si mesma, por outro lado, a pessoa foge da situação na realidade ou de forma imaginária aliviando a tensão sentida (Vaz Serra, 2002).

As estratégias de lidar com o stress, focadas na interacção social, constituem o apoio recebido com qualidade, ou seja, a empatia que o indivíduo reconhece por parte das outras pessoas em acontecimentos adversos (Vaz Serra, 2002).

Pelo facto de existirem diversas fontes de pensamento no que diz respeito às estratégias de *coping* adequadas ao indivíduo, ou aquelas que este adopta para resolução da situação em que se encontra foram elaborados vários questionários no sentido de clarificar os tipos de estratégias de acção levadas a cabo em situações geradoras de stress. Neste sentido, Vaz Serra criou um inventário para avaliação das estratégias utilizadas pelo indivíduo em situações de stress, que designou Inventário de Resolução de Problemas (IRP), à semelhança de Folkman e Lazarus (1988) que elaboraram um instrumento com 8 dimensões subjacentes de coping (confronto, distanciamento, auto-controlo, procura de apoio social,

aceitação da responsabilidade, fuga-evitamento, planos de resolução do problema e reavaliação positiva) (Vaz Serra, 2002).

O instrumento de medida elaborado por Vaz Serra constitui uma escala unidireccional de tipo likert, na qual são apresentadas três situações diferentes: de ameaça, dano e desafio, passíveis de acontecer no quotidiano de qualquer indivíduo, avaliando-se as estratégias de coping do indivíduo através de 40 questões. Quanto maior for a pontuação no somatório das 40 questões melhor são as estratégias de coping utilizadas pelo indivíduo; esta escala é constituída por 9 factores, que traduzem as estratégias de coping utilizadas pelo indivíduo, e eles são: pedido de ajuda; confronto e resolução activa dos problemas; abandono passivo perante a situação; controlo interno/externo dos problemas; estratégias de controlo das emoções; atitude activa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências; agressividade internalizada/externalizada; auto-responsabilização e medo das consequências e confronto com os problemas e planificação de estratégias (Vaz Serra, 2002).

De forma a perceber quais as prováveis relações entre o *coping* e o *burnout*, no sentido de definir as hipóteses de estudo para esta investigação, pesquisei na literatura algumas conclusões que relacionassem ambos os conceitos.

A exaustão emocional e física e a despersonalização demonstraram não estar relacionadas com a maioria dos estilos de *coping*, no entanto constatou-se a relação positiva com as estratégias de *coping* focadas na emoção (2) e uma relação negativa com uma estratégia de resolução de problemas focada no problema (Phylann, 1994).

A percepção da falta de suporte social poderá estar relacionado com a ocorrência de burnout nos profissionais. Diversos estudos referem que elevados níveis de apoio social são primordiais para reduzir níveis de stresse (Cash, 1994).

4. Estudos sobre Burnout nos Enfermeiros

A maioria das investigações realizadas no surgimento do fenómeno *burnout*, eram estudos descritivos e de natureza qualitativa, utilizando essencialmente entrevistas como técnicas de investigação, estudos caso e observação *on-site* (em campo); para além das entrevistas, a observação realizada no local veio adicionar informação importante relativamente ao contexto situacional, uma vez que era possível obter informação em primeira-mão sobre os factores de trabalho descritos nas entrevistas prévias (Maslach *et al.*, 2001).

Entre outros factores destacaram-se o número elevado de clientes, a prevalência de feedback negativo por parte dos doentes e recursos diminutos; este método permitiu recolher informação relativa à comunicação e expressão não verbal estabelecida entre o profissional de saúde e o cliente, que não é transmitida em entrevistas, e a qual muitas vezes o técnico nem tem noção nem controlo sobre elas (Maslach *et al.*, 2001).

A análise do contexto do fenómeno do *burnout* era considerada como a forma mais apropriada para obter as dificuldades das interações técnico-cliente, que provocavam diversos sentimentos descritos pelos técnicos (Maslach *et al.*, 2001).

Em 1980, a investigação sobre o *burnout* passou a ser investigação empírica sistematizada, de natureza quantitativa através de questionários, método *survey*, o que naturalmente permitiu abranger populações mais vastas. Desenvolveram-se diversos instrumentos de avaliação de *burnout*, sendo que a escala que tinha e continua a apresentar propriedades psicométricas mais fortes é a Maslach Burnout Inventory (MBI) desenvolvida por Maslach & Jackson (1981), destinada para profissões de prestação de cuidados (Maslach *et al.*, 2001).

A segunda versão do MBI foi desenvolvida de seguida, destinada a ser aplicada a profissões no contexto da educação (Maslach *et al.*, 2001).

O crescimento do corpo da investigação empírica foi acompanhado de contribuições teóricas e de metodologias através do campo da psicologia organizacional na indústria; o *burnout* era visto como uma forma de stresse laboral com associação a outros conceitos, tais como satisfação no trabalho e envolvimento organizacional; a abordagem organizacional associada ao trabalho desenvolvido pela psicologia social e clínica permitiu criar uma diversidade de

perspectivas em relação ao conceito de *burnout* e fortaleceu os instrumentos padronizados e os desenhos da conceptualização da investigação (Maslach *et al.*, 2001).

Nos anos 90, a fase empírica continua em desenvolvimento, num primeiro momento o conceito vai para além das profissões relacionadas com a saúde e educação, investigando em informáticos, administradores, militares; no momento seguinte, a investigação foi envolvida por uma metodologia sofisticada e instrumentos estatísticos; a complexidade das relações dos factores organizacionais e as três dimensões do *burnout* conduziu à criação de modelos estruturais explicativos para o *burnout* através da investigação; Num último momento, permitiu através de estudos longitudinais identificar as interações do ambiente de trabalho e posteriormente, pensamentos e sentimentos do profissional de saúde. O grupo de trabalho de Maslach constatou nesta altura três áreas de expansão do constructo: a expansão internacional da investigação; a evolução teórica para a elaboração de um modelo e a expansão do constructo básico no sentido de incluir uma antítese positiva do conceito, denominada, “*job engagement*” (Maslach *et al.*, 2001).

Como referido anteriormente, MBI foi o único construído com três dimensões; o MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) destinado a pessoas que trabalham em prestação de cuidados e serviços de atendimento na saúde e surgiu posteriormente, uma segunda versão tendo como alvo as pessoas que trabalham no contexto da educação, designado por MBI-Educators Survey (MBI-ES); em ambas, as designações das três dimensões traduzem o foco da profissão, na qual interagem com outras pessoas (Taris, 1999).

O aumento do interesse pelo conceito de *burnout* permitiu a criação de uma terceira versão intitulada por MBI-General Survey (MBI-GS), o qual foi construído já tendo em conta uma orientação mais para o trabalho e não só para as interações pessoais que aí se desenvolvem, desenhado a partir do instrumento original, com ligeiras alterações nalguns items, mantendo uma estrutura com consistência interna (Taris, 1999).

Diversos estudos sobre *Burnout* em contexto de trabalho foram realizados por empresas na tentativa de manterem a produtividade, prevenindo desta forma situações de stress ocupacionais entre os seus funcionários (Mcyntire, 1994).

Carapinheiro (1997) realizou o Estudo Sociológico de Âmbito Nacional sobre Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses, o qual foi publicado pelo Sindicato dos Enfermeiros; neste estudo demonstra a evidência de situações de agressão física, às quais os enfermeiros estão submetidos diariamente, tal como outros profissionais de saúde, mas neste caso pelo facto de ser a profissão privilegiada nos cuidados directos ao doente e consequentemente um maior duração do contacto com este; as situações de agressão física assumem maior expressão, por ordem crescente, nos Serviços de Psiquiatria/Neurologia, nas Urgência Gerais e nos Hospitais Psiquiátricos.

O estudo referido tem dados relativos ao tipo de doenças profissionais ou queixas, as quais apresentavam relativamente stresse e depressão nos enfermeiros é de 9%, de entre outras queixas manifestadas por eles, num total de 670 enfermeiros.

Segundo o mesmo estudo, num total de 1768 enfermeiros, os que se encontram em regime de “acumulação” de trabalho, assumem uma maior significância nos enfermeiros dos Hospitais do que nos Centros de Saúde; a acumulação do exercício profissional neste grupo foi demonstrada em 92% em instituições diferentes e 8% na mesma instituição.

O estudo de Carapinheiro (1997) na minha perspectiva limita-se a abordar os aspectos organizacionais do trabalho, sem que explore ou pondere as possíveis consequências do clima organizacional em meio laboral para um cálculo do *Burnout* em enfermeiros, podendo desta forma fazer uma avaliação do estado de saúde desta categoria profissional.

Na Finlândia realizou-se um estudo sistemático sobre stress nos profissionais de saúde, levado a cabo pela iniciativa do Ministério da Saúde Finlandês em que Médicos e Enfermeiras referiam que o “trabalho é compensador por providenciarem serviços com significado, desenvolverem as capacidades profissionais e terem desafios profissionais”. No entanto, o desafio profissional pode ser gerador de stresse, sendo que algumas enfermeiras relatam que o sentimento presente face a exigências da profissão é de incompetência; a sobrecarga de horas, situações de urgências, carácter monótono e rotineiro são outros factores referidos pelos enfermeiros como causadores de stresse.

Os efeitos do stresse descritos neste estudo mais importantes são o facto de que os médicos apresentam mais sintomas psicológicos e as enfermeiras mais sintomas

psicossomáticos e que os enfermeiros chefes reportavam mais stresse que os subordinados na hierarquia (Mcyntire, 1994).

Os indicadores mais graves de stresse são referenciados num estudo americano realizado por McCue (1982), em que os resultados evidenciam a existência de toxicodependência nos médicos, oscilando entre 30 a 100 vezes mais comum que na população geral, pelo que as taxas de alcoolismo são semelhantes à da população em geral, um terço dos médicos apresenta durante o internato episódios frequentes de depressão, tendo 25% de ideacção suicida e a taxa de suicídio é 2 a 3 vezes maior que na população em geral, com mais ênfase na especialidade de psiquiatria (Mcyntire, 1994).

Relativamente às características organizacionais existe uma lacuna ao nível do papel na contingência dos resultados organizacionais, ou seja de que forma as recompensas e punições têm influência no desempenho, e de que forma desencadeiam o *burnout* (Marques-Teixeira, 2002).

Parece ter-se verificado um súbito interesse sobre área de saúde mental relativamente ao *burnout*, segundo refere Marques-Teixeira quando cita um estudo de Moore e Cooper (1996), onde se constatou que 44% dos profissionais de saúde mental consideram a falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido como fonte de insatisfação, 34% atribuem a sua insatisfação ao papel de ajuda profissional e o sentimento de inadequação às suas expectativas e o sentimento de pressão para melhoria dos utentes; aos conflitos interpessoais com elementos da equipa atribuem 19% da sua insatisfação e à relação com os doentes 23%, na qual se tem em conta as necessidades dos mesmos e o aspecto de estagnação do seu estado de saúde (Marques-Teixeira, 2002).

Em Portugal, Queirós (2005) realiza um estudo perspectivando o clima organizacional como factor relacionado com o *Burnout* nos enfermeiros; constata que a exaustão emocional e física e o cinismo são mais reduzidos quando há mais envolvimento, maior coesão na equipa, maior apoio do superior hierárquico, mais autonomia, maior orientação para a tarefa, mais clareza das actuações e normas pela qual se gerem, especialmente, quando a inovação e o conforto físico estão presentes.

Pires (2004:22) verificou que “o apoio do supervisor, a coesão entre colegas, o envolvimento e a clareza no trabalho parecem ser as variáveis organizacionais

associadas ao *burnout*” no seu estudo dirigido a diversos profissionais de saúde a exercer funções em centro de atendimento a toxicodependentes.

Loreto (2001: 24) apresenta como conclusão ao estudo “síndrome de *burnout* em enfermeiros de oncologia” que

“(...)a satisfação na vida familiar, social/relacional mostraram correlações positivas e significativas com algumas das dimensões do burnout, sendo a satisfação no trabalho, a que se mostrou mais relevante, pela sua correlação positiva e muito significativa com as três dimensões desta síndrome.”

Marques-Teixeira (2002) indaga-se relativamente ao porquê de indivíduos estarem submetidos ao mesmo tipo de situações que outros e não apresentarem *burnout*; sugerindo que as diferenças individuais subjacentes, provavelmente, só se explicam através de pesquisa em relação às características individuais da população em questão, tal como aspectos do apoio social, sendo que para as primeiras não existem estudos suficientes que expressem os seus efeitos moderadores.

Numa população de 464 psiquiatras e 1090 enfermeiros de saúde mental, Thomsen *et al.* (1999), verificaram que a variável mais importante que causa a exaustão emocional é a baixa satisfação no trabalho (Marques-Teixeira, 2002).

III PARTE - METODOLOGIA

II PARTE

1. Problema de Investigação e sua justificação

O Síndrome de *Burnout* tem sido estudado de uma forma exaustiva, pelo crescente interesse que tem produzido nos diferentes profissionais, nomeadamente os da saúde. As consequências do *burnout* são uma evidência na prática dos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros, desde queixas psicossomáticas a desmotivação e desinvestimento em relação à profissão. As condições de trabalho têm-se tornado mais precárias e o desemprego começa a ser uma realidade nesta profissão, estes factores que contribuem em grande medida para aumentar os níveis de ansiedade nos enfermeiros.

Apesar de haver repercussões em todas as classes profissionais, no caso dos profissionais de saúde, não só o stress profissional tem consequências na sua classe como também nos utentes a quem são prestados os cuidados.

Este acumular de frustração, impotência e falta de capacidade de resposta ou diminuição da valorização profissional, pode levar a situações de passividade, resignação, isolamento, abuso de substâncias lícitas ou ilícitas (a saber, medicamentos, tabaco, etc.) ou pode levar a situações de em que a pessoa se torna “*workaholic*”.

O clima organizacional tem grande peso na manifestação destas evidências, tal como demonstrado nos diversos estudos apresentados, no entanto não têm sido conclusivos no que diz respeito a características específicas do ambiente de trabalho.

Esta investigação constitui um estudo transversal, no qual se comparam três grupos de enfermeiros de áreas diferentes de forma a perceber qual a influência do apoio social e das estratégias de *coping* nos níveis de *burnout*.

Pediatria, Oncologia e Psiquiatria foram as áreas escolhidas de forma a aprofundar esta temática, por serem especialidades que acarretam a prestação de cuidados a pessoas com doenças crónicas na maioria dos casos, no caso particular da pediatria lidarem com bebés e crianças doentes. Na oncologia a presença da morte como uma constante, obriga a meu entender a um luto permanente, por outro lado a psiquiatria foi incluída nesta estudo não só por ser a minha área de eleição,

como também pelo facto de se fazer face a situações complexas de agressividade, agitação e ansiedade diferente de pessoa para pessoa.

Maslach (1978: 115) refere que

“(...) an example of highly stressful client contact would be work with people who are dying, especially when these people are young children. Work with psychotic patients can also be very emotionally demanding. (...) do find situations involving child neglect to be emotionally shattering.”

A realização desta investigação pretende alertar para a problemática do *burnout* nos enfermeiros, como consciencializar os enfermeiros das possíveis causas e manifestações da síndrome, alertar para necessidade da criação de estratégias de prevenção do stresse ocupacional e suas consequências a nível do clima organizacional no contexto laboral, no sentido da promoção de qualidade de vida dos enfermeiros, consequentemente, a implementação destas estratégias visam a excelência dos cuidados de enfermagem.

Tanto para os profissionais como para as organizações é de primordial importância a criação de condições que favoreçam o bem-estar e a felicidade, e por consequência contribuam para o aumento da eficácia e da eficiência.

Os estudos sobre *burnout* poderiam contribuir para esse desígnio. É neste enquadramento que pensamos ser de interesse científico e com relevância social do estudo que agora desenvolvemos.

2. Objectivos da investigação

Esta investigação pretende aprofundar a temática do *burnout* comparando áreas diferentes e a influência do *coping* e do apoio social. Por conseguinte, procedeu-se à definição dos objectivos de estudo, que se apresentam de seguida.

O objectivo central é explorar a problemática em questão, *burnout* e *coping*, comparando enfermeiros de diferentes áreas, pediatria, oncologia e psiquiatria.

Assim sendo, os objectivos específicos desta investigação são:

- a) Comparar níveis de Burnout nas suas várias dimensões em três grupos distintos de enfermeiros;
- b) Percepcionar em que medida locais de trabalho diferentes determinam níveis de *burnout* diferentes;
- c) Perceber a influência do apoio social nos níveis de *burnout* nos grupos estudados;
- d) Perceber as estratégias de resolução de problemas adoptadas pelos enfermeiros nos diferentes grupos.

3. Hipóteses de Investigação

Decorrendo do problema de investigação e dos objectivos pretendemos testar na presente estudo cinco hipóteses que nos parecem lógicas, pertinentes, plausíveis. Baseamos a formulação destas hipóteses na revisão da literatura efectuada. Assim sendo iremos investigar as seguintes hipóteses:

H1 - O apoio social é um moderador dos níveis de exaustão emocional e física e de despersonalização ou cinismo;

H2 – O apoio social é preditor da eficácia profissional.

H3 - Os enfermeiros que trabalham em oncologia e psiquiatria têm níveis de exaustão emocional e física e cinismo mais elevados do que os enfermeiros de pediatria;

H4 - Os enfermeiros de pediatria têm níveis de eficácia profissional superior aos restantes;

H5 - Os enfermeiros de psiquiatria apresentam estratégias de resolução de problemas superiores aos restantes enfermeiros.

4. População, Amostra e Critérios de Amostragem

A população é constituída por enfermeiros a exercer funções no Hospital Dona Estefânia, Instituto Português de Oncologia em Lisboa e Hospital Miguel Bombarda, desses constitui-se uma amostra recolhida nos três hospitais. Os três hospitais são hospitais públicos e privados, os quais correspondem à tipologia que era pretendida, ou seja, a área de pediatria, de oncologia e psiquiatria.

Optámos por uma amostra não aleatória de conveniência para satisfazer as exigências colocadas para o presente estudo, nomeadamente a existência de três grupos em três contextos de trabalho diferentes.

A amostra com 83 participantes ficou definitivamente constituída por 81 já que tivemos que eliminar dois (2) questionários por deficiente preenchimento.

Consideramos como critério de exclusão enfermeiros com mais que 2 anos de experiência profissional e mais que 1 ano de permanência no serviço em que se encontram, visto que segundo Lee e Ashforth (1993) citado por Correia (1999) refere que os mais jovens são os mais susceptíveis à exaustão emocional e física, pelo facto de não terem adquirido mecanismos de defesa.

A inexistência de doença mental diagnosticada previamente foi determinada também como critério de exclusão de forma a eliminar um possível viés. No entanto, Lee e Ashforth (1996) consideram que geralmente os sintomas relativos ao síndrome de *burnout* se manifestam em indivíduos que não têm antecedentes pessoais prévios de psicopatologia ou mesmo uma doença orgânica identificada.

Nesta investigação foi garantida a adesão livre e voluntária na participação do estudo.

No entanto devido à dificuldade na recolha de questionários pela saturação dos sujeitos, neste estudo optamos por considerar todos os questionários recolhidos independentemente do critério dos anos de experiência e de permanência no serviço previamente acordado.

5. Variáveis de Investigação e sua operacionalização

Variáveis Sócio-demográficas e de contexto:

- Sexo: Masculino (1), Feminino (2)
- Idade: Número de anos
- Estado civil: Solteiro (1), Casado (2), Divorciado (3) e Viúvo (4)
- Vive Com: Sozinho (1) e Acompanhado (2)
- Acompanhado de: Esposo(a) (1); Filhos (2); Outros (3); Esposo(a) e Filhos (4); Filhos e Outros (5); Esposo(a), Filhos e Outros (6)
- Filhos: sem filhos (1), com filhos (2) e número de filhos
- Serviço: Pediatria (1), Oncologia (2) e Psiquiatria (3)
- Tempo de permanência no serviço: Menos de um ano (1), 1 a 2 anos (2), 2 a 4 anos (3), 4 a 6 anos (4) e mais de 6 anos (5)
- Experiência profissional: Menos de dois anos (1), 2 a 4 anos (2), 4 a 6 anos (3) e mais de 6 anos (4)

Variáveis dos constructos em estudo:

A. Burnout (avaliada através de instrumento MBI-GS - Maslash Burnout Inventory – General Survey - Schaufeli, Leiter, Maslash & Jackson, 1996; Nunes, 1999)

Dimensões:

- Exaustão emocional e física (mbieef) – é a componente que representa a dimensão base de stresse individual do *burnout*. “It refers to feelings of being overextended and depleted of one’s emotional and physical resources” (Maslach et al., 2001: 399);
- Despersonalização/cinismo (mbicy) – esta componente representa a dimensão de contexto interpessoal do *burnout*. “It refers to a negative, callous, or excessively detached response to various aspects of the job” (Maslach et al., 2001: 399);
- Eficácia/ineficácia profissional (mbieficácia) – esta componente constitui a dimensão de auto-avaliação do *burnout*. “It refers to feelings of

incompetence and lack of achievement and productivity at work” (Maslach et al., 2001: 399).

B. Apoio Social (avaliada através de instrumento EAS - Escala de Apoio Social - Matos, A. P. & Ferreira, A. P., 1999)

Dimensões:

- Apoio Social Informativo (easinf) – é constituído pelo “conselho e a informação que facilitam os esforços de resolução de problemas” (Matos e Ferreira, 2000: 248);
- Apoio Social Instrumental (easinst) – traduz a “resolução de problemas em concreto” (Matos e Ferreira, 2000: 248);
- Apoio Social Emocional (easemoc) – “afecto, simpatia compreensão, aceitação e estima de outros significados” (Matos e Ferreira, 2000: 243);

Apoio Social Total (eastotal)

C. Estratégias de Resolução de Problemas (avaliado através de IRP - Inventário de Resolução de Problemas - Vaz Serra, 1988)

Dimensões:

- Pedido de ajuda (irpajuda)
- Confronto e resolução activa dos problemas (irpractiva)
- Abandono passivo perante a situação (irpabanpas)
- Controlo interno/externo dos problemas (irpcontrolointerexter)
- Estratégias de controlo das emoções (irpemoções)
- Atitude activa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências (irpactivanãointerferência)
- Agressividade interna/externa (irpagressividade)
- Auto-responsabilização e medo das consequências (irpautoresponsabilização)
- Confronto com os problemas e planificação de estratégias (irpconfronto)

Estratégias de Resolução de Problemas Total

6. Instrumentos de colheita de dados

De forma a garantir a plena eficácia de medidas preventivas seria necessário a realização de estudos orientados no sentido de saber quais as estratégias preventivas de *Burnout* nos enfermeiros mais eficazes. Existem vários instrumentos de avaliação de *burnout* utilizados em diversos estudos sobre a problemática. A nossa opção foi por um instrumento que avalia o *burnout* nas dimensões propostas por Cristina Maslach e que medisse os aspectos ligados à eficácia profissional.

Para avaliação das possíveis medidas preventivas propunha a aplicação de questionários onde incluía para além da parte sócio-demográfica, a escala de apoio social e o inventário de resolução de problemas, no sentido de saber quais as estratégias mais consideradas pelos enfermeiros no exercício da profissão para alívio de stress causado pela estrutura organizacional da organização de saúde em que se encontram inseridos.

6.1. Questionário sócio-demográfico e de contexto

O questionário sócio-demográfico foi elaborado com o intuito não só de identificação da população que está a ser estudada como também para perceber o apoio social existente em agregado familiar, que por ventura possa constituir um apoio efectivo.

Neste questionário existem as variáveis em estudo com a operacionalização apresentada anteriormente. Trata-se de um instrumento de auto-preenchimento que constitui o início do questionário mais vasto que engloba as escalas e inventários padronizados para o estudo dos constructos desta investigação

6.2. MBI-GS – Maslach Burnout Inventory – General Survey (Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996; Nunes, 1999)

MBI-GS – Maslach Burnout Inventory – General Survey (Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996; Nunes, 1999) é um inventário da terceira geração para a generalidade dos serviços, aplicável a um largo espectro de ocupações, surge após

a grande divulgação e utilização de inventários específicos para os serviços de assistência e para a educação. O MBI-GS é constituído por 16 itens numa escala de Likert, com valores atribuídos de 0 a 6, permite medir três dimensões do *burnout* no trabalho, e elas são exaustão emocional e física, cinismo e eficácia profissional. A exaustão emocional é avaliada através dos itens 1, 2, 3, 4 e 5. O cinismo avalia-se com o contributo dos itens 8, 9, 13, 14 e 15. E por último, a avaliação da eficácia profissional é feita a partir dos itens 6, 7, 10, 11, 12 e 16. A amplitude de pontuação para a exaustão emocional e física de 0 a 30 pontos, para a despersonalização ou cinismo de 0 a 30 pontos e para a eficácia profissional de 0 a 36 pontos.

6.3. EAS – (Matos, A. P. & Ferreira, A. P., 1999)

A Escala de Apoio Social é um instrumento de avaliação de auto-resposta que permite obter uma medida do grau em que o indivíduo avalia o seu apoio social. É constituído por 16 questões numa escala de *likert* com pontuação de 1 a 5, sendo que o valor 5 constitui o nível mais elevado de apoio social, excepto no que diz respeito aos itens 2, 5, 12, 13, 14, e 16, que são cotados inversamente. Através desta escala avaliam-se três funções do Apoio Social, que são denominadas por apoio informativo, instrumental e emocional. O instrumento permite ainda um valor total de apoio social.

A amplitude de pontuação para o apoio informativo oscila entre 6 a 30 pontos, pelo que contribuem os itens 1, 6, 7, 8, 9 e 10.

O apoio instrumental é calculado pelos itens 12, 13, 14, 15 e 16, sendo que a sua amplitude de pontuação varia entre 5 a 25 pontos.

O apoio emocional tem uma amplitude de pontuação de 5 a 25 pontos, pelo que contribuem para o somatório os itens 2, 3, 4, 5 e 11.

6.4. IRP – Inventário de Resolução de Problemas (Vaz Serra, 1988)

Vaz Serra criou um instrumento para avaliação das estratégias utilizadas pelo indivíduo em situações de stresse, que designou Inventário de Resolução de Problemas (IRP), à semelhança de Folkman e Lazarus (1988) que elaboraram um

instrumento com 8 dimensões subjacentes de *coping* (confronto, distanciamento, auto-controlo, procura de apoio social, aceitação da responsabilidade, fuga-evitamento, planos de resolução do problema e reavaliação positiva).

O instrumento de medida elaborado por Vaz Serra constitui um inventário unidireccional de tipo *likert*, no qual são apresentadas três situações diferentes: de ameaça, dano e desafio; passíveis de acontecer no quotidiano de qualquer indivíduo, avaliando-se as estratégias de *coping* do indivíduo através de 40 questões, cotadas de 1 a 5. Quanto maior for a pontuação no somatório das 40 questões melhor são as estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo. Este inventário é constituído por 9 factores, que traduzem as estratégias de coping utilizadas pelo indivíduo, e eles são pedido de ajuda, confronto e resolução activa dos problemas, abandono passivo perante a situação, controlo interno/externo dos problemas, estratégias de controlo das emoções, atitude activa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências, agressividade interna/externa, auto-responsabilização e medo das consequências, e confronto com os problemas e planificação de estratégias.

A procura de ajuda é determinada pelos itens 5, 11, 18, 20 e 26, com uma pontuação entre 5 e 25.

O confronto e resolução activa dos problemas calculam-se através dos itens 21, 31, 32, 33, 34, 36 e 40, com pontuação entre 7 e 35.

O abandono passivo perante as situações obtém-se através dos itens 1, 2 e 7, com uma pontuação entre 3 e 15.

O controlo interno e externo dos problemas define-se pelos itens 6, 12, 14, 30, 35, 37, 38 e 39, com uma pontuação entre 8 e 40.

As estratégias de controlo das emoções determinam-se pelos itens 23, 24, 25 e 29, com uma pontuação entre 4 e 20.

A atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências obtém-se através dos itens 3, 8, 9 e 13, com uma pontuação entre 4 e 20.

A expressão de agressividade internalizada / externalizada calcula-se através dos itens 27 e 28, com uma pontuação entre 2 e 10.

A auto-responsabilização e medo das consequências determinam-se pelos itens 4, 10, 16 e 19, com uma pontuação entre 4 e 20.

O confronto com os problemas e planeamento de estratégias define-se pelos itens 15, 17 e 22, com uma pontuação entre 3 e 15.

O instrumento permite também um valor total das estratégias de resolução de problemas que constitui o somatório de todas as dimensões.

7. Procedimentos na colheita de informação e aspectos éticos

A recolha de dados para este estudo procedeu-se após o pedido e autorização dos três hospitais à aplicação do questionário elaborado. Os hospitais que fizeram parte deste estudo foram o Hospital Dona Estefânia, Instituto Português de Oncologia e Hospital Miguel Bombarda, para que a amostra fosse constituída por enfermeiros da área de pediatria, oncologia e psiquiatria. Tanto no Hospital Dona Estefânia como no Hospital Miguel Bombarda os questionários foram entregues em mão quer aos enfermeiros, quer aos enfermeiros-chefes, os quais se responsabilizavam pela distribuição dos mesmos. No Instituto Português de Oncologia, os questionários foram distribuídos e recolhidos pela enfermeira supervisora devido à falta de disponibilidade da sua parte em me acompanhar aos respectivos serviços.

Os questionários foram distribuídos nos diferentes hospitais em diversos serviços. De forma a criar homogeneidade na amostra foram distribuídos em serviços destinados a doentes crónicos e agudos, e em cuidados intensivos, à excepção da oncologia, por maior dificuldade em obter a colaboração no preenchimento dos questionários.

Procurou-se que os questionários fossem acompanhados de uma breve explicação do objectivo de estudo e da forma como poderiam responder ao mesmo, motivando para o preenchimento assertivo do mesmo.

Esta recolha de informação prolongou-se por um período de três meses pelo facto essencial de que os enfermeiros se manifestaram saturados no preenchimento de questionários em estudos de investigação, detectando-se ainda algum cansaço em relação à temática do *burnout* por eventualmente já terem participado em várias investigações no âmbito deste tema.

Neste estudo obtiveram-se as autorizações e garantiu-se a confidencialidade dos dados obtidos, pelo que não se identificaram as pessoas que participaram, e assumiu-se o compromisso de divulgação final dos resultados da investigação.

III PARTE - RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

III PARTE

1. Apresentação de resultados

1.1. Caracterização da amostra e dados sócio-demográficos

A amostra é constituída por um total de 81 enfermeiros, 20 (24,7%) do sexo masculino e 61 (74,3%) do sexo feminino. As idades são compreendidas entre os 22 e os 51 anos de idade, pelo que apresentam uma média de 32,23 e um desvio padrão de 7,492.

Quadro nº 4 – Distribuição da amostra pelo sexo e idade

	Masculino	Feminino	Total
	20 (24,7%)	61 (74,3%)	81
Idade			
Mínimo			22
Máxima			51
média			32,23
desvio padrão			7,492

Relativamente ao estado civil, 44 dos enfermeiros (54,3%) são solteiros, 32 (39,5%) são casados, 5 (6,2%) são divorciados/separados, e nenhum viúvo. O sexo masculino apresenta 13 indivíduos solteiros, 6 casados e 1 divorciado/separado. O sexo feminino apresenta 31 solteiras, 26 casadas e 4 divorciadas/separadas.

Quadro nº 5 – Distribuição da amostra pelo sexo e pelo estado civil

	Masculino	Feminino	Total	%
	20 (24,7%)	61 (74,3%)	81	
Estado Civil				
Solteiro	13	31	44	54,3
Casado	6	26	32	39,5
Divorciado/Separado	1	4	5	6,2

Dos 81 inquiridos, 14 (17,3%) vivem sozinhos e 67 (82,7%) vivem acompanhados. Os homens 3 vivem sozinhos e 17 acompanhados, enquanto que as mulheres 11 vivem sozinhas e 50 acompanhadas.

Quadro nº 6 – Distribuição da amostra pelo sexo e variável vive com

	Masculino	Feminino	Total	%
	20 (24,7%)	61 (74,3%)	81	
Vive com				
Sozinho	3	11	14	17,3
Acompanhado	17	50	67	82,7

Em relação às pessoas com quem vivem acompanhados, pode-se dizer que 6 (7,4%) enfermeiros vivem com esposo (a), 27 (33,3%) acompanhados de esposo(a) e filhos, 26 (32,1%) vivem com outros, 2 (2,5%) só com filhos, 1 (1,2%) com filhos e outros, 1 (1,2%) reside com esposo(a), filhos e outros, e 18 (22, 2%) não definiram com quem residem.

Quadro nº 7 – Distribuição da amostra pelo sexo e variável vive acompanhado de

	Masculino	Feminino	Total	%
	20 (24,7%)	61 (74,3%)	81	

Vive acompanhado de

Esposo (a)	2	4	6	7,4 (9,5)
Filhos	0	2	2	2,5(3,2)
Outros	8	18	26	32,1(41,3)
Esposo (a) + filhos	5	22	27	33,3(42,9)
Filhos + outros	0	1	1	1,2(1,6)
Esposo(a)+filhos+outros	0	1	1	1,2(1,6)
Sem dados			18	22,2

No que diz respeito ao número de filhos, pelo facto de existirem pequenas quantidades referentes a diferentes números de filhos, decidiu-se criar 2 variáveis que permitissem dar maior significado estatístico, a variável sem filhos e com filhos, sendo que 50 enfermeiros vivem sem filhos, 15 são do sexo masculino e 35 do sexo feminino, e 31 residem com filhos, 5 do sexo masculino e 26 do sexo feminino.

Quadro nº 8 – Distribuição da amostra pelo sexo e pelo número de filhos

	Masculino	Feminino	Total	%
	20 (24,7%)	61 (74,3%)	81	
Números de filhos				
Sem Filhos	15	35	50	
Com Filhos	5	26	31	

A população é constituída por 29 (35,8%) enfermeiros de pediatria, 25 (30,9%) de oncologia e 27 (33,3%) de psiquiatria. Na pediatria, 4 dos enfermeiros são homens e 25 são mulheres, na oncologia existem 6 homens e 19 mulheres e na psiquiatria os elementos masculinos são 10 e os femininos são 17.

Quadro nº 9 – Distribuição da amostra pelo sexo e serviço

Serviço	Masculino	Feminino	Total	%
	20 (24,7%)	61 (74,3%)	81	
	Pediatria	4	25	29
Oncologia	6	19	25	30,9
Psiquiatria	10	17	27	33,3

O tempo de serviço que estes enfermeiros apresentam é relativo à sua permanência no serviço em que se encontra, sendo que 5 (6,2%) estão há menos de um ano, 15 (18,5%) estão neste serviço à cerca 1 a 2 anos, 14 (17,3%) têm tempo compreendido entre 2 a 4 anos, 12 (14,8%) exercem funções desde à 4 a 6 anos e 35 (43,2%) permanecem há mais de 6 anos.

Quadro nº 10 – Distribuição da amostra pelo sexo e tempo de serviço

	Masculino	Feminino	Total	%
	20 (24,7%)	61 (74,3%)	81	
Tempo de serviço				
Menos de 1 ano	1	4	5	6,2
1 a 2 anos	4	11	15	18,5
2 a 4 anos	6	8	14	17,3
4 a 6 anos	3	9	12	14,8
Mais de 6 anos	6	29	35	43,2

Em relação à experiência profissional dos enfermeiros, 13 (16%) trabalham há menos de 1 ano, 12 (14,8%) exercem funções há cerca de 2 a 4 anos, 6 (7,4%) dos quais trabalham desde há um período entre 4 a 6 anos e 50 (61,7%) há mais de 6 anos.

Quadro nº 11 – Distribuição da amostra pelo sexo e pela experiência

	Masculino	Feminino	Total	
	20 (24,7%)	61 (74,3%)	81	%
Experiência				
Menos de 2 anos	4	9	13	16
2 a 4 anos	4	8	12	14,8
4 a 6 anos	0	6	6	7,4
Mais de 6 anos	12	38	50	61,7

Assim sendo, pode-se caracterizar a nossa amostra da seguinte forma: 81 enfermeiros distribuídos por três tipos de serviços, Pediatria, Oncologia e Psiquiatria, maioritariamente femininos (74,3%) com uma idade mínima de 21 anos e máxima de 51 anos (\bar{x} – 32,23), sobretudo solteiros (54,3%) a viverem acompanhados (82,7%), na sua maioria sem filhos (39,5%), 43,2% a trabalhar à mais de 6 anos no mesmo serviço, com uma experiência profissional de mais de 6 anos, 61,7% (Quadro nº12).

Quadro nº 12 - Caracterização geral da amostra

	Masculino	Feminino	Total	%
	20 (24,7%)	61 (74,3%)	81	

Idade				
Mínima			22	
Máxima			51	
Média			32,23	
desvio padrão			7,49	

Estado Civil				
Solteiro	13	31	44	54,3
Casado	6	26	32	39,5
Divorciado/Separado	1	4	5	6,2

Vive com				
Sozinho	3	11	14	17,3
Acompanhado	17	50	67	82,7

Vive acompanhado de				
Esposo (a)	2	4	6	7,4
Filhos	0	2	2	2,5
Outros	8	18	26	32,1
Esposo (a) + filhos	5	22	27	33,3
Filhos + outros	0	1	1	1,2
Esposo(a)+filhos+outros	0	1	1	1,2
Sem dados			18	22,2

Números de filhos				
Sem Filhos	15	35	50	
Com Filhos	5	26	31	

Serviço				
Pediatria	4	25	29	35,8
Oncologia	6	19	25	30,9
Psiquiatria	10	17	27	33,3

Tempo de serviço				
Menos de 1 ano	1	4	5	6,2
1 a 2 anos	4	11	15	18,5
2 a 4 anos	6	8	14	17,3
4 a 6 anos	3	9	12	14,8
Mais de 6 anos	6	29	35	43,2

Experiência				
Menos de 2 anos	4	9	13	16
2 a 4 anos	4	8	12	14,8
4 a 6 anos	0	6	6	7,4
Mais de 6 anos	12	38	50	61,7

1.2. Características psicométricas dos instrumentos de investigação

MBI

MBI Exaustão emocional e física

O valor alfa para esta variável é de 0,799, o valor de Spearman-Brown é de 0,798 e o Split-half é de 0,764 pelo que apresenta uma consistência interna e fidelidade com bom significado estatístico considerado nos três indicadores.

Quadro nº 13 – Características métricas do MBI-GS na dimensão exaustão emocional e física (5 items)

Cronbach's Alpha	0,80
Spearman-Brown	0,80
Split-Half	0,76

MBI despersonalização

A variável MBI despersonalização apresenta para o valor de alfa - 0,731, para o valor de Spearman-Brown - 0,524 e para o Split-Half - 0,451, com algum significado estatístico para a consistência interna e fidelidade. Embora relativamente baixos os valores de Spearman-Brown e Split-Half, o valor de alfa de Cronbach apresenta-se muito bom, sendo que do conjunto dos três indicadores este é o mais potente para apoiar a fidelidade do instrumento no aspecto particular da consistência interna.

Quadro nº 14 – Características métricas do MBI-GS, na dimensão despersonalização/cinismo (5 items)

Cronbach's Alpha	0,73
Spearman-Brown	0,52
Split-Half	0,45

MBI eficácia profissional

Esta variável tem para o valor de alfa - 0,787, para o valor de Spearman-Brown - 0,746 e para o Split-Half - 0,744, pelo que têm um bom significado estatístico relativo à consistência interna e fidelidade, expresso nos três indicadores.

Quadro nº15 – Características métricas do MBI-GS, na dimensão eficácia profissional (6 items)

Cronbach's Alpha	0,79
Spearman-Brown	0,75
Split-Half	0,74

IRP

IRP Total

Esta variável apresenta para o valor de alfa - 0,730, para o valor de Spearman-Brown - 0,686 e para o Split-Half - 0,686, demonstrando uma consistência interna e uma fidelidade significativa, expresso nos três indicadores.

Quadro nº 16 – Características métricas do IRP total (40 items)

Cronbach's Alpha	0,73
Spearman-Brown	0,69
Split-Half	0,69

EAS

EAS total

Esta variável apresenta um valor de alfa - 0,900, o valor de Spearman-Brown - 0,845 e Split-Half - 0,838, pelo que demonstra ter uma consistência interna e uma fidelidade com significado estatístico muito bom, expresso nos três indicadores.

Quadro nº 17 – Características métricas do EAS total (16 items)

Cronbach's Alpha	0,90
Spearman-Brown	0,84
Split-Half	0,84

EAS Emocional

Esta variável tem valor alfa de 0,81, Spearman-Brown de 0,79 e Split-Half de 0,77, demonstrando significado estatístico bom relativamente à consistência interna e fidelidade, expresso nos três indicadores.

Quadro nº 18 – Características métricas do EAS, na dimensão apoio emocional

Cronbach's Alpha	0,81
Spearman-Brown	0,79
Split-Half	0,77

EAS Instrumental

Esta variável apresenta valor alfa de 0,78, Spearman-Brown de 0,85 e Split-Half de 0,84, com bom significado estatístico para a consistência interna e fidelidade, expresso nos três indicadores.

Quadro nº 19 – Características métricas da EAS, na dimensão apoio instrumental

Cronbach's Alpha	0,78
Spearman-Brown	0,85
Split-Half	0,84

EAS Informativo

Esta variável tem valor alfa de 0,74, Spearman-Brown de 0,71 e Split-Half de 0,71, reflectindo um bom significado estatístico para a consistência interna e fidelidade do instrumento, expresso nos três indicadores.

Quadro nº 20 – Características métricas da EAS, na dimensão apoio informativo

Cronbach's Alpha	0,74
Spearman-Brown	0,71
Split-Half	0,71

1.3. Dados descritivos da MBI-GS

No que diz respeito ao MBI, a variável exaustão emocional e física (mbieef) apresenta como média, 10,72, a variável cinismo/despersonalização (mbicy) tem média de 9,04 e a média da variável eficácia profissional (mbieficácia) é de 29,72.

Quadro nº 21 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
mbieef	81	1	26	10,72	5,98
mbicy	81	0	25	9,04	6,18
mbieficacia	81	12	36	29,72	5,15

Abaixo podemos observar o número de enfermeiros, que apresentam valores superiores ao considerado normal relativo à exaustão emocional e física, despersonalização/cinismo e baixa eficácia profissional, pelo que 23 enfermeiros demonstram ter exaustão emocional e física (28,39%), 16 enfermeiros manifestam comportamentos que enquadram na despersonalização/cinismo (19,75%) e são ineficazes 2 enfermeiros (2,46%) pertencentes à amostra (N). Para o cálculo dos valores de normalidade escolheu-se como limiar o valor igual ao produto do número de questões pelo *score* médio (1), isto é, considera-se que o indivíduo tem exaustão emocional e física e cinismo quando apresenta valores superiores ao *score* médio que é de 15, enquanto que para a ineficácia profissional acontece precisamente o contrário, é determinada para valores inferiores ao *score* médio de 18.

1 - A metodologia seguida nos estudos realizados em Portugal por Mota-Cardoso, 2002 e Queirós, 2005.

Quadro nº 22 - Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação aos enfermeiros que apresentam exaustão emocional e física, cinismo e ineficácia profissional

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
mbieef <15	23 28,39%	15	26	18,48	3,09
mbicy <15	16 19,75%	15	25	19,31	3,20
mbieficácia <18	2 2,46%	12	14	13	1,41

Em relação à população da pediatria, apresentam um valor de média de mbieef - 10,38, de mbicy - 8,14 e mbieficácia - 30,90.

Quadro nº 23 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação ao serviço de Pediatria

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
mbieef	29	3	21	10,38	5,47
mbicy	29	2	21	8,14	5,27
mbieficacia	29	25	36	30,90	3,36

Em relação à população pertencente à oncologia, apresentam um valor médio de mbieef - 11,00, de mbicy - 7,96 e de mbieficácia - 28,64.

Quadro nº 24 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação ao serviço de Oncologia

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
mbieef	25	1	25	11,00	6,18
mbicy	25	1	25	7,96	6,82
mbieficacia	25	14	36	28,64	6,36

A população pertencente à psiquiatria, apresenta mbieef com 10,81, mbicy com 11,00 e mbi eficácia com 29,44.

Quadro nº 25 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação ao serviço de psiquiatria

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
mbieef	27	2	26	10,81	6,50
mbicy	27	0	24	11,00	6,21
mbieficacia	27	12	36	29,44	5,42

Suscitou-nos algum interesse perceber quais os serviços em que os enfermeiros apresentavam níveis elevados de exaustão emocional e física e despersonalização e níveis baixos de eficácia profissional (quadro nº 26). Constatou-se que na pediatria sofriam de exaustão emocional e física 7 enfermeiros e 4 demonstravam despersonalização; na oncologia 7 apresentam exaustão emocional e física, 5 enfermeiros manifestam cinismo e 1 com baixa eficácia profissional, enquanto que na psiquiatria existe maior número de enfermeiros com exaustão emocional e física (9) e cinismo (7), 1 apresenta baixos níveis de eficácia profissional.

Quadro nº 26 - Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação aos serviços em que os enfermeiros apresentam exaustão emocional e física, cinismo e ineficácia profissional

Serviços		N/%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pediatria N-29	mbieef	7 24,14%	15	21	18,00	2,16
	mbicy	4 13,79%	16	21	18,50	2,08
Oncologia N-25	mbieef	7 28%	15	25	18,71	3,59
	mbicy	5 20%	15	25	19,80	4,76
	mbieficácia	1 4%	14	14	14,00	-
Psiquiatria N-27	mbieef	9 33,33%	15	26	18,67	3,57
	mbicy	7 25,92%	15	24	19,43	2,76
	mbieficácia	1 3,70%	12	12	12,00	-

As médias das variáveis mbi relativamente ao sexo demonstraram ser muito aproximadas para mbicy, pelo que para o sexo masculino é 9,55 e para o feminino é 8,87. As restantes variáveis diferem ligeiramente, pois a média do mbieef para o sexo masculino é de 12,10 e para o feminino é de 10,26, e a média do mbieficácia para os homens é de 28,30 e para as mulheres é de 30,18.

Quadro nº 27 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação ao sexo

Sexo		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Masculino	mbieef	20	2	26	12,10	6,81
	mbicy	20	0	25	9,55	6,52
	mbieficácia	20	12	36	28,30	6,88
Feminino	mbieef	61	1	25	10,26	5,66
	mbicy	61	1	24	8,87	6,11
	mbieficácia	61	14	36	30,18	4,41

As variáveis do mbi em relação ao estado civil apresentam para os solteiros mbieef - 11,05, mbicy - 8,73 e mbieficácia - 29,30, e para os casados mbieef - 10,50, mbicy - 8,78 e mbieficácia - 30,12.

Quadro nº 28 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação aos solteiros

Estado Civil		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Solteiro	mbieef	44	1	26	11,05	6,44
	mbicy	44	0	25	8,73	6,56
	mbieficácia	44	12	36	29,30	5,71

Quadro nº 29 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação aos casados

Estado Civil		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Casado	mbieef	32	2	25	10,50	5,62
	mbicy	32	2	24	8,78	5,11
	mbieficácia	32	18	36	30,12	4,56

Os divorciados/separados em relação aos solteiros e casados porque têm uma média para mbicy superior com um valor de 13,40, sendo que o valor de mbieef - 9,20 e o valor de mbieficácia - 30,80 estão aproximados.

Quadro nº 30 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação aos divorciados

Estado Civil		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Divorciado	mbieef	5	4	15	9,20	4,32
	mbicy	5	6	24	13,40	8,53
	mbieficácia	5	26	36	30,80	3,63

As variáveis MBI-GS em relação à experiência demonstra que a média mbieef é mais elevada com menos de 2 anos (12,38) e com mais de 6 anos (11,16), enquanto que para o período de 2 a 4 anos a média é 8,75 e para o de 4 a 6 anos a média é de 7,33. A média do mbicy aparenta ter um aumento à medida que se tem mais experiência. Na variável mbieficácia apresenta médias superiores quando os enfermeiros têm menos 2 anos de experiência (31,15) e para aqueles que têm experiência entre 4 a 6 anos (32,33), em relação aos que têm experiência por um período de 2 a 4 anos (27,75) e para os que têm mais que 6 anos de trabalho na profissão (29,50).

Quadro nº 31 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação aos enfermeiros com menos de 2 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Menos de 2 anos	mbieef	13	5	20	12,38	6,38
	mbicy	13	0	16	6,69	5,15
	mbieficácia	13	21	35	31,15	4,06

Quadro nº 32 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação aos enfermeiros com 2 a 4 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
2 a 4 anos	mbieef	12	2	21	8,75	5,99
	mbicy	12	2	25	8,58	7,11
	mbieficácia	12	14	36	27,75	6,15

Quadro nº 33 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação aos enfermeiros com 4 a 6 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
4 a 6 anos	mbieef	6	1	14	7,33	4,18
	mbicy	6	3	21	7,83	6,76
	mbieficácia	6	28	36	32,33	3,20

Quadro nº 34 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação aos enfermeiros com mais de 6 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Mais de 6 anos	mbieef	50	2	26	11,16	5,94
	mbicy	50	2	24	9,90	6,11
	mbieficácia	50	12	36	29,50	5,23

De forma a percebermos melhor as características dos enfermeiros que apresentam níveis moderados a elevados de *burnout*, investigamos relativamente à experiência. Em relação à dimensão eficácia profissional existe 1 enfermeiro com 2 a 4 anos de experiência e outro com mais de 6 anos de experiência que apresenta níveis baixos de eficácia, ou seja, serão ineficazes.

Quadro nº 35 – Dados descritivos dos enfermeiros com ineficácia profissional em relação à experiência

	Experiência	N	Média
mbieficácia	2 a 4 anos	1	14,00
	Mais de 6 anos	1	12,00

Relativamente, à dimensão de exaustão emocional e física verificámos que 6 dos enfermeiros têm menos de 2 anos de experiência, 2 deles com 2 a 4 anos de experiência e com mais de 6 anos de experiência 15 enfermeiros.

Quadro nº 36 - Dados descritivos dos enfermeiros com exaustão emocional e física em relação à experiência

	Experiência	N/%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Mbieef N-80	Menos de 2 anos	6 7,5%	17	20	18,83	1,17
	2 a 4 anos	2 2,5%	18	21	19,50	2,12
	Mais de 6 anos	15 18,75%	15	26	18,20	3,73

No que diz respeito à dimensão de despersonalização existe 1 enfermeiro com menos de 2 anos e outro com 4 a 6 anos de experiência, 2 enfermeiros com 2 a 4 anos de experiência e com mais de 6 anos de experiência 12 enfermeiros.

Quadro nº 37 - Dados descritivos dos enfermeiros com despersonalização/cinismo em relação à experiência

	Experiência	N/%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Mbicy N-80	Menos de 2 anos	1 1,25%	16	16	16,00	-
	2 a 4 anos	2 2,5%	20	25	22,50	3,54
	4 a 6 anos	1 1,25%	21	21	21,00	-
	Mais de 6 anos	12 15%	15	24	18,92	3,09

As variáveis mbi em relação existência ou não de filhos apresentam para os enfermeiros sem filhos a média de mbieef - 10,54, de mbicy de 8,74 e mbieficácia de 29,74, e para os enfermeiros que têm filhos a média de mbieef - 11,00, mbicy - 9,52 e mbieficácia - 29,68.

Quadro nº 38 – Dados descritivos das dimensões do MBI-GS em relação à presença ou não de filhos

Filhos		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Sem Filhos	mbieef	50	1	26	10,54	6,32
	mbicy	50	0	25	8,74	6,67
	mbieficácia	50	12	36	29,74	5,57
Com Filhos	mbieef	31	2	25	11,00	5,48
	mbicy	31	3	24	9,52	5,37
	mbieficácia	31	18	36	29,68	4,47

1.4. Dados descritivos da EAS

A EAS apresenta médias com valores aproximados, sendo que easinf - 24,41, easinst - 20,66, easemoc - 21,49 e a eastotal - 66,56.

Quadro nº 39 – Dados descritivos das variáveis da EAS

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
easinf	80	16	30	24,41	3,60
easinst	80	11	25	20,66	4,14
easemos	80	5	25	21,49	3,71
eastotal	80	38	80	66,56	10,17

Os enfermeiros de pediatria apresentam uma média de easinf de 24,52, easinst - 21,59, easemoc - 22,00 e eastotal - 68,10.

Quadro nº 40 – Dados descritivos das variáveis da EAS em relação ao serviço de pediatria

Serviço		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pediatria	easinf	29	16	30	24,52	3,78
	easinst	29	14	25	21,59	3,34
	easemoc	29	14	25	22,00	2,99
	eastotal	29	44	80	68,10	9,29

Os enfermeiros de oncologia têm uma média de easinf de 24,72, easinst de 20,24, easemoc de 21,48 e eastotal de 66,44.

Quadro nº 41 – Dados descritivos das variáveis da EAS em relação ao serviço de oncologia

Serviço		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
	easinf	25	16	30	24,72	3,49
	easinst	25	11	25	20,24	4,74
	easemoc	25	10	25	21,48	3,27
	eastotal	25	38	80	66,44	10,05

Os enfermeiros de psiquiatria apresentam os valores de média para easinf - 24,00, easinst - 20,04, easemoc - 20,92 e eastotal - 64,96.

Quadro nº 42 – Dados descritivos das variáveis da EAS em relação ao serviço de psiquiatria

Serviço		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Psiquiatria	easinf	26	18	29	24,00	3,61
	easinst	26	12	25	20,04	4,29
	easemoc	26	5	25	20,92	4,75
	eastotal	26	40	79	64,96	11,30

As variáveis da eas em relação ao sexo não apresentam diferenças significativas. O sexo masculino tem médias para de easinf de 24,26, easinst de 19,37, easemoc de 19,89 e eastotal de 63,53. O sexo feminino apresenta para easinf média de 24,46, easinst de 21,07, easemoc de 21,98 e eastotal de 67,51.

Quadro nº 43 - Dados descritivos das variáveis da EAS em relação ao sexo

Sexo		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Masculino	easinf	19	18	29	24,26	3,51
	easinst	19	11	25	19,37	4,81
	easemoc	19	5	25	19,89	5,02
	eastotal	19	40	79	63,53	11,96
Feminino	easinf	61	16	30	24,46	3,66
	easinst	61	12	25	21,07	3,86
	easemoc	61	10	25	21,98	3,08
	eastotal	61	38	80	67,51	9,45

No que diz respeito às variáveis da eas, pode-se salientar que os indivíduos divorciados/separados apresentam médias das variáveis da eas em relação aos indivíduos solteiros e casados, pelo que o valor de média para easinf é de 26,00, para easinst é de 23,60, para easemoc - 23,20 e para eastotal é de 72,80. Os solteiros demonstram ter easinf de 24,12, easinst de 20,33, easemoc de 20,81 e eastotal de 65,26. Os casados têm de easinf - 24,56, easinst - 20, 66, easemoc - 22,13 e eastotal de 67, 34. No entanto, os valores da easinf apresentam-se mais elevados em relação às outras variáveis da EAS, à excepção da eastotal.

Quadro nº 44 - Dados descritivos das variáveis da EAS em relação aos solteiros

Estado civil		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Solteiro	easinf	43	16	30	24,12	3,61
	easinst	43	11	25	20,33	4,30
	easemoc	43	5	25	20,81	4,08
	eastotal	43	40	80	65,26	10,71

Quadro nº 45 - Dados descritivos das variáveis da EAS em relação aos casados

Estado civil		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Casado	easinf	32	16	29	24,56	3,54
	easinst	32	12	25	20,66	4,01
	easemoc	32	10	25	22,13	3,06
	eastotal	32	38	79	67,34	9,27

Quadro nº 46 - Dados descritivos das variáveis da EAS em relação aos divorciados

Estado civil		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Divorciado	easinf	5	19	30	26,00	4,30
	easinst	5	19	25	23,60	2,61
	easemoc	5	17	25	23,20	3,49
	eastotal	5	55	79	72,80	10,03

As variáveis da EAS em relação à experiência dos enfermeiros apresentam-se ligeiramente mais elevadas quando a experiência profissional é de 4 a 6 anos, sendo que easinf é de 25,67, easinst de 23,33, easemoc de 23,50 e eastotal de 72,50. Os enfermeiros com menos de 2 anos de experiência têm easinformativo de 25,46, easinst de 21,46, easemocional de 21,77 e eastotal de 68,69. Os enfermeiros com 2 a 4 anos de experiência apresentam valores de easinf de 24,83, easinst 19,67, easemoc de 21,58 e eastotal de 66,08. E os enfermeiros com mais de 6 anos de experiência têm valores de easinf de 23,88, de easinst - 20,37, de easemoc - 21,14 e de eastotal - 65,39.

Quadro nº 47 - Dados descritivos das variáveis da EAS em relação aos enfermeiros com menos de 2 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Menos de 2 anos	easinf	13	21	29	25,46	2,63
	easinst	13	16	25	21,46	3,53
	easemoc	13	19	25	21,77	2,20
	eastotal	13	59	78	68,69	7,68

Quadro nº 48 - Dados descritivos das variáveis da EAS em relação aos enfermeiros com 2 a 4 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
2 a 4 anos	easinf	12	19	30	24,83	3,61
	easinst	12	11	25	19,67	4,73
	easemoc	12	18	25	21,58	2,50
	Eastotal	12	51	80	66,08	9,27

Quadro nº 49 - Dados descritivos das variáveis da EAS em relação aos enfermeiros com 4 a 6 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
4 a 6 anos	easinf	6	20	28	25,67	3,14
	easinst	6	19	25	23,33	2,25
	easemoc	6	20	25	23,50	2,07
	eastotal	6	59	77	72,50	7,12

Quadro nº 50 - Dados descritivos das variáveis da EAS em relação aos enfermeiros com mais de 6 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Mais de 6 anos	easinf	49	16	30	23,88	3,84
	easinst	49	12	25	20,37	4,24
	easemoc	49	5	25	21,14	4,34
	eastotal	49	38	80	65,39	11,10

Não existem diferenças significativas entre os enfermeiros que não têm filhos e aqueles que têm, no entanto a easinf apresenta valores mais elevados que a easinst e easemoc. Os enfermeiros que vivem sem filhos têm easinf - 24,29, easinst - 20,41, easemoc - 21,04 e eastotal - 65,73. Os enfermeiros que convivem com filhos apresentam easinf - 24,61, easinst - 21,06, easemoc - 22,19 e eastotal - 67,87.

Quadro nº 51 - Dados descritivos das variáveis da EAS em relação à presença ou não de filhos

Filhos		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Sem filhos	easinf	49	16	30	24,29	3,61
	easinst	49	11	25	20,41	4,41
	easemoc	49	5	25	21,04	3,93
	eastotal	49	40	80	65,73	10,69
Com filhos	easinf	31	16	30	24,61	3,65
	easinst	31	12	25	21,06	3,70
	easemoc	31	10	25	22,19	3,27
	eastotal	31	38	79	67,87	9,31

1.5. Dados descritivos da IRP

As variáveis do IRP apresentam médias para irpajuda de 14,44, irpactiva de 24,78, irpabandonopassivo de 12,91, irpcontrolointertext de 30,89, irpemoções de 16,75, irpactiva não interferência de 11,95, irpagressividade de 9,68, irpautoresponsabilização de 16,73 e irpconfronto de 11,14.

Quadro nº 52 – Dados descritivos das variáveis do IRP

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
irpajuda	80	8	21	14,44	2,69
irpactiva	80	7	31	24,78	3,94
irpabanpas	80	4	15	12,91	2,22
irpcontrolointerexter	80	20	40	30,89	4,15
irpemoções	80	12	20	16,75	1,98
irpactivanãointerferência	80	7	17	11,95	1,99
irpagressividade	80	4	10	9,68	1,02
irp autoresponsabilização	80	8	20	16,73	2,47
irpconfronto	80	6	15	11,14	2,08
irptotal	80	112	171	149,25	11,253

quadros nº 53, nº 54 e nº 55 apresentam dados relativos às médias das variáveis irp no que diz respeito aos serviços. Podemos denotar uma pequena diferença na irpajuda, pelo que a pediatria (14,83) e psiquiatria (15,08) apresentam valores superiores em relação à oncologia (13,32), o mesmo acontece na variável irptotal, sendo que a pediatria tem para esta variável o valor de 150,21 e a psiquiatria é de 149,85, enquanto que a oncologia é de 147,52.

Quadro nº 53 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação ao serviço de
Pediatria

Serviço		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pediatria	irpajuda	29	9	20	14,83	2,58
	irpractiva	29	17	31	25,00	3,58
	irpabanpas	29	8	15	13,31	2,04
	irpcontrolointerexter	29	20	40	30,79	4,76
	irpemoções	29	12	20	16,86	1,87
	irpactivanãointerferência	29	8	17	11,90	1,86
	irpagressividade	29	8	10	9,83	0,54
	irp autoresponsabilização	29	14	20	17,07	2,23
	irpconfronto	29	6	15	10,62	1,90
	irptotal	29	127	168	150,21	10,56

Quadro nº 54 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação ao serviço de
Oncologia

Serviço		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Oncologia	irpajuda	25	8	19	13,32	2,46
	irpractiva	25	18	31	24,36	2,78
	irpabanpas	25	7	15	12,84	1,97
	irpcontrolointerexter	25	20	37	30,76	3,81
	irpemoções	25	13	20	16,76	1,81
	irpactivanãointerferência	25	9	17	11,80	1,78
	irpagressividade	25	4	10	9,56	1,42
	irp autoresponsabilização	25	13	20	16,88	2,33
	irpconfronto	25	7	14	11,24	1,92
	irptotal	25	118	162	147,52	9,92

Quadro nº 55 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação ao serviço de
Psiquiatria

Serviço		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Psiquiatria	irpajuda	26	9	21	15,08	2,80
	irpractiva	26	7	31	24,92	5,19
	irpabanpas	26	4	15	12,54	2,61
	irpcontrolointerexter	26	23	39	31,12	3,86
	irpemoções	26	12	20	16,62	2,30
	irpactivanãointerferência	26	7	17	12,15	2,34
	irpagressividade	26	6	10	9,62	0,98
	irp autoresponsabilização	26	8	20	16,19	2,83
	irpconfronto	26	7	15	11,62	2,35
	irptotal	26	112	171	149,85	13,27

Em relação ao sexo as variáveis do irp apresentam ligeiras diferenças de cerca de um valor para a irp ajuda (masc.- 13,74; fem.- 14,66) e irpautoresponsabilização (masc.- 15,89; fem.- 16,98). Onde se registam diferenças significativas é nas variáveis irpcontrolointext (masc.- 29,47; fem.- 31,33) e irptotal (masc.- 145,53; fem.- 150,41).

Quadro nº 56 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação ao sexo masculino

Sexo		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Masculino	irpajuda	19	9	20	13,74	3,18
	irpractiva	19	7	31	24,11	5,61
	irpabanpas	19	7	15	12,47	2,52
	irpcontrolointerexter	19	20	36	29,47	4,19
	irpemoções	19	14	20	16,79	2,15
	irpactivanãointerferência	19	9	17	12,53	2,04
	irpagressividade	19	4	10	9,11	1,70
	Irp autoresponsabilização	19	8	20	15,89	3,12
	irpconfronto	19	8	15	11,42	2,22
	irptotal	19	112	168	145,53	15,49

Quadro nº 57 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação ao sexo feminino

Sexo		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Feminino	irpajuda	61	8	21	14,66	2,52
	irpractiva	61	17	31	24,98	3,28
	irpabanpas	61	4	15	13,05	2,12
	irpcontrolointerexter	61	20	40	31,33	4,06
	irpemoções	61	12	20	16,74	1,94
	irpactivanãointerferência	61	7	17	11,77	1,95
	irpagressividade	61	6	10	9,85	0,60
	Irp autoresponsabilização	61	13	20	16,98	2,19
	irpconfronto	61	6	15	11,05	2,04
	irptotal	61	127	171	150,41	9,43

Em relação ao estado civil pode-se constatar que os divorciados apresentam em inúmeras variáveis do irp valores superiores, tais como irpajuda, irpactiva, irpcontrolointext, irpconfronto e irptotal. A irp emoções demonstra apresentar um

valor inferior para os solteiros (16,44), intermédio para os casados (17,00) e superior para os divorciados (17,80).

Quadro nº 58 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação aos solteiros

Estado civil		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Solteiro	irpajuda	43	8	20	14,00	2,58
	irpractiva	43	7	31	24,74	4,48
	irpabanpas	43	4	15	12,67	2,34
	irpcontrolointerexter	43	21	40	30,98	4,15
	irpemoções	43	12	20	16,44	2,15
	irpactivanãointerferência	43	9	17	12,16	1,84
	irpagressividade	43	6	10	9,60	1,00
	irp autoresponsabilização	43	8	20	16,53	2,60
	irpconfronto	43	6	15	11,00	2,29
	irptotal	43	112	168	148,14	10,40

Quadro nº 59 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação aos casados

Estado civil		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Casado	irpajuda	32	10	20	14,88	2,47
	irpractiva	32	18	31	24,31	3,06
	irpabanpas	32	7	15	13,19	1,94
	irpcontrolointerexter	32	20	36	30,28	4,24
	irpemoções	32	12	20	17,00	1,70
	irpactivanãointerferência	32	7	17	11,56	2,17
	irpagressividade	32	4	10	9,78	1,07
	irp autoresponsabilização	32	13	20	16,97	2,29
	irpconfronto	32	7	15	11,13	1,75
	irptotal	32	118	168	149,09	12,10

Quadro nº 60 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação aos divorciados

Estado civil		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Divorciado	irpajuda	5	9	21	15,40	4,61
	irpractiva	5	26	31	28,00	2,74
	irpabanpas	5	8	15	13,20	3,03
	irpcontrolointerexter	5	32	36	34,00	2,00
	irpemoções	5	15	20	17,80	1,79
	irpactivanãointerferência	5	11	16	12,60	1,95
	irpagressividade	5	8	10	9,60	0,89
	irp autoresponsabilização	5	13	20	16,80	2,77
	irpconfronto	5	10	15	12,40	2,07
	irptotal	5	147	171	159,80	8,79

Irpactiva superior nos enfermeiros com menos de 2 anos e nos com 2 a 4 anos de experiência; irpcontrolointext superior nos enfermeiros com 4 a 6 anos de experiência; irpactiva não interferência superior em enfermeiros com menos de 2 anos; irp autoresponsabilização superior nos enfermeiros com menos de 2 anos de experiência e com 2 a 4 anos; irp confronto inferior em enfermeiros com 4 a 6 anos de experiência e em relação ao irp total superior com 4 a 6 anos de experiência e inferior com mais de 6 anos.

Quadro nº 61 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação aos enfermeiros com menos de 2 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Menos de 2 anos	irpajuda	13	10	18	14,00	2,20
	irpractiva	13	20	31	26,31	3,38
	irpabanpas	13	11	15	13,15	1,28
	irpcontrolointerexter	13	26	35	30,62	2,75
	irpemoções	13	12	19	16,00	2,12
	irpactivanãointerferência	13	9	17	12,23	2,24
	irpagressividade	13	6	10	9,46	1,20
	irp autoresponsabilização	13	13	20	17,31	2,10
	irpconfronto	13	7	14	11,46	2,18
	irptotal	13	142	162	150,54	5,58

Quadro nº 62 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação aos enfermeiros com 2 a 4 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
2 a 4 anos	irpajuda	12	8	20	13,58	3,31
	irpractiva	12	22	29	25,25	1,86
	irpabanpas	12	12	15	13,92	1,31
	irpcontrolointerexter	12	25	35	30,58	3,82
	irpemoções	12	13	20	16,58	2,39
	irpactivanãointerferência	12	7	15	11,67	2,19
	irpagressividade	12	9	10	9,83	0,39
	irp autoresponsabilização	12	14	20	17,17	2,17
	irpconfronto	12	8	15	11,75	2,09
	irptotal	12	138	168	150,33	9,18

Quadro nº 63 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação aos enfermeiros com 4 a 6 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
4 a 6 anos	irpajuda	6	13	18	14,83	2,14
	irpractiva	6	25	29	27,00	1,67
	irpabanpas	6	9	15	12,83	2,40
	irpcontrolointerexter	6	26	36	32,50	3,51
	irpemoções	6	15	19	17,17	1,60
	irpactivanãointerferência	6	10	17	11,50	2,74
	irpagressividade	6	9	10	9,83	0,41
	irp autoresponsabilização	6	14	19	16,83	2,32
	irpconfronto	6	7	13	10,33	2,50
	irptotal	6	137	164	152,83	8,93

Quadro nº 64 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação aos enfermeiros com mais de 6 anos de experiência

Experiência		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Mais de 6 anos	irpajuda	49	9	21	14,71	2,72
	irpractiva	49	7	31	23,98	4,43
	irpabanpas	49	4	15	12,61	2,51
	irpcontrolointerexter	49	20	40	30,84	4,62
	irpemoções	49	12	20	16,94	1,87
	irpactivanãointerferência	49	8	17	12,00	1,81
	irpagressividade	49	4	10	9,67	1,12
	irp autoresponsabilização	49	8	20	16,45	2,66
	irpconfronto	49	6	15	11,00	2,01
	irptotal	49	112	171	148,20	13,02

A presença ou não de filhos parece demonstrar diferenças em relação às variáveis irpactiva (1 – 25,12; 2 – 24,23), irpajuda (1 – 14,16; 2 – 14,87) e irpcontrolointertext (1 – 31,18; 2 – 30,42), sendo que a ausência de filhos apresenta valores superiores de irpactiva e irpcontrolointertext, enquanto que a presença de filhos apresenta um valor superior para a irpajuda.

Quadro nº 65 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação à ausência de filhos

Filhos		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Sem filhos (1)	irpajuda	49	8	21	14,16	2,75
	irpractiva	49	7	31	25,12	4,52
	irpabanpas	49	4	15	12,80	2,30
	irpcontrolointerexter	49	21	40	31,18	4,18
	irpemoções	49	12	20	16,63	2,11
	irpactivanãointerferência	49	7	17	11,90	1,98
	irpagressividade	49	6	10	9,63	0,95
	irp autoresponsabilização	49	8	20	16,51	2,59
	irpconfronto	49	6	15	11,22	2,32
	irptotal	49	112	168	149,16	10,75

Quadro nº 66 - Dados descritivos das variáveis do IRP em relação à presença de filhos

Filhos		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Com filhos (2)	irpajuda	31	10	20	14,87	2,59
	irpractiva	31	18	30	24,23	2,76
	irpabanpas	31	7	15	13,10	2,10
	irpcontrolointerexter	31	20	36	30,42	4,11
	irpemoções	31	12	20	16,94	1,77
	irpactivanãointerferência	31	8	17	12,03	2,02
	irpagressividade	31	4	10	9,74	1,12
	irp autoresponsabilização	31	13	20	17,06	2,26
	irpconfronto	31	7	14	11,00	1,65
	irptotal	31	118	171	149,39	12,18

2. Estudo das diferenças dos valores das médias de MBI, EAS, IRP quanto ao serviço, sexo, estado civil e anos de experiência

2.1. Quanto ao serviço

Utilizou-se Kruskal-Wallis Test para testar as diferenças de médias pelos três serviços e as variáveis das 3 escalas. Destacou-se a despersonalização/cinismo com valores mais baixos na oncologia (7,96) e mais elevados na psiquiatria (11,00) apresentando esta diferença uma “significância marginal” (1) de $p=0,054$.

Quadro nº 67 - Diferença das médias das dimensões do MBI pelos três serviços

Dimensões da MBI-GS	Pediatria N Rank	Oncologia N Rank	Psiquiatria N Rank	χ^2	p
Exaustão emocional e física	39,98	42,22	40,96	0,122	0,94
Despersonalização/Cinismo	38,31	34,74	49,69	5,853	0,05
Eficácia Profissional	44,19	38,40	39,98	0,895	0,64

Quando testada a significância das diferenças pelos três serviços para o apoio social e as suas dimensões através do teste KW não se encontraram valores significativos (quadro nº68).

Quadro nº 68 - Diferença das médias das variáveis da EAS pelos três serviços

Dimensões da EAS	Pediatria N Rank	Oncologia N Rank	Psiquiatria N Rank	χ^2	p
Eas informativo	41,66	41,84	37,92	0,479	0,79
Eas instrumental	43,72	39,14	38,21	0,913	0,63
Eas emocional	42,71	38,86	39,62	0,433	0,80
Eas total	43,60	39,96	37,56	0,950	0,62

(1) Conceito de “significância marginal” para valores com $p > 0,05$, mas inferior a 0,10 segundo Kiess, H.; Bloomquist, B. (1985) – Psychological Research Methods. A conceptual approach. Allyn and Bacon Massachuseth.

É também significativa a diferença na estratégia irpajuda com um $p=0,032$, com valores mais elevados na psiquiatria (15,08) e mais baixos na oncologia (13,32).

Quadro nº 69 - Diferença das médias das variáveis do IRP pelos três serviços

Dimensões do IRP	Pediatria N Rank	Oncologia N Rank	Psiquiatria N Rank	χ^2	P
irppajuda	44,03	30,58	46,10	6,854	0,03
irpractiva	41,97	35,26	43,90	1,968	0,37
irpabanpas	45,41	38,16	37,27	2,142	0,34
irpcontrolointerexter	40,78	39,44	41,21	0,081	0,96
irpemoções	41,84	40,32	39,17	0,188	0,91
irpactivanãointerferência	39,29	38,62	43,65	0,745	0,69
irpagressividade	41,93	40,98	38,44	0,906	0,64
irpautoresponsabilidade	43,17	41,58	36,48	1,239	0,54
irpconfronto	34,50	41,74	46,00	3,544	0,17
irptotal	42,17	36,66	42,33	0,995	0,61

2.2. Quanto ao sexo

Utilizou-se Mann-Whitney Test para testar as diferenças de médias entre as variáveis das 3 escalas e a variável sexo, sendo que easemocional $p=0,072$ apresentou uma “significância marginal”, e irpagressividade $p=0,008$, bastante significativo estatístico.

Quadro nº 70 - Diferença das médias das dimensões do MBI pelo sexo

Dimensões da MBI-GS	Masculino N - 20 Rank	Feminino N - 61 Rank	U de M- W	p
Exaustão emocional e física	45,73	39,45	515,50	0,30
Despersonalização/Cinismo	43,13	40,30	567,50	0,64
Eficácia Profissional	38,10	41,95	552,00	0,52

Quadro nº 71 - Diferença das médias das variáveis da EAS pelo sexo

Dimensões da EAS	Masculino N- 19 Rank	Feminino N - 61 Rank	U de M- W	p
Eas informativo	39,21	40,90	555,00	0,78
Eas instrumental	35,03	42,20	475,50	0,23
Eas emocional	32,21	43,08	422,00	0,07
Eas total	35,26	42,13	480,00	0,26

Quadro nº 72 - Diferença das médias das variáveis do IRP pelo sexo

Dimensões do IRP	Masculino N - 19 Rank	Feminino N - 61 Rank	U de M- W	p
irppajuda	35,13	42,17	477,50	0,24
irpractiva	40,26	40,57	575,00	0,96
irpabanpas	36,74	41,67	508,00	0,41
irpcontrolointerexter	32,92	42,86	435,50	0,10
irpemoções	40,00	40,66	570,00	0,91
irpactivañãointerferência	46,74	38,56	461,00	0,17
irpagressividade	33,11	42,80	439,00	0,01
irpautoresponsabilidade	34,53	42,36	466,00	0,19
irpconfronto	42,34	39,93	544,50	0,69
irptotal	34,74	42,30	470,00	0,21

2.3. Quanto ao estado civil

Utilizou-se Kruskal-Wallis Test para cruzar as variáveis das 3 escalas com estado civil, pelo que se salientou a irpactiva com uma “significância marginal” apresentando um valor de $p=0,048$, e irptotal $p=0,085$ com “significância marginal”.

Quadro nº 73 - Diferença das médias das dimensões do MBI pelo estado civil

Dimensões da MBI-GS	Solteiro N - 44 Rank	Casado N - 32 Rank	Divorciado N - 5 Rank	χ^2	p
Exaustão emocional e física	41,85	40,59	36,10	0,285	0,87
Despersonalização/Cinismo	38,90	41,77	54,60	2,064	0,36
Eficácia Profissional	40,05	42,00	43,00	0,168	0,92

Quadro nº 74 - Diferença das médias das variáveis da EAS pelo estado civil

Dimensões da EAS	Solteiro N - 43 Rank	Casado N - 32 Rank	Divorciado N - 5 Rank	χ^2	p
Eas informativo	38,27	41,75	51,70	1,666	0,43
Eas instrumental	38,57	40,16	59,30	3,643	0,16
Eas emocional	36,19	43,95	55,50	4,367	0,11
Eas total	37,76	41,47	57,90	3,467	0,18

Quadro nº 75 - Diferença das médias das variáveis do IRP pelo estado civil

Dimensões do IRP	Solteiro N - 43 Rank	Casado N - 32 Rank	Divorciado N - 5 Rank	χ^2	P
irppajuda	36,92	44,13	48,10	2,376	0,30
irpractiva	41,90	35,28	61,90	6,082	0,05
irpabanpas	37,74	42,89	48,90	1,666	0,43
irpcontrolointerexter	40,02	38,16	59,60	3,753	0,15
irpemoções	36,94	43,42	52,40	2,891	0,24
irpactivanãointeferência	42,71	36,59	46,50	1,681	0,43
irpagressividade	38,62	43,44	37,90	2,391	0,30
irpautoresponsabilidade	39,33	42,08	40,50	0,262	0,88
irpconfronto	39,49	39,91	53,00	1,586	0,45
irptotal	38,17	40,19	62,50	4,926	0,08

2.4. Quanto à experiência

Para cruzar as variáveis das 3 escalas com a experiência profissional dos enfermeiros utilizou-se Kruskal-Wallis Test, tendo-se detectado irpactiva com $p=0,077$ o que demonstra alguma “significância marginal”.

Quadro nº 76 - Diferença das médias das dimensões do MBI quanto à experiência

Dimensões da MBI-GS	< 2 anos N - 13 Rank	2 a 4 anos N - 12 Rank	4 a 6 anos N - 6 Rank	> 6 anos N - 50 Rank	χ^2	p
Exaustão emocional e física	47,27	32,57	29,42	42,74	4,143	0,25
Despersonalização/Cinismo	32,85	37,58	35,08	44,65	3,412	0,33
Eficácia Profissional	48,65	32,08	53,17	39,69	4,894	0,18

Quadro nº 77 - Diferença das médias das variáveis do EAS quanto à experiência

Dimensões da EAS	< 2 anos N - 13 Rank	2 a 4 anos N - 12 Rank	4 a 6 anos N - 6 Rank	> 6 anos N - 49 Rank	χ^2	p
Eas informativo	46,50	42,42	48,83	37,42	2,605	0,46
Eas instrumental	44,65	34,96	54,83	39,00	3,651	0,30
Eas emocional	38,35	37,54	55,08	40,01	2,751	0,43
Eas total	44,65	37,96	54,75	38,28	3,272	0,35

Quadro nº 78 - Diferença das médias das variáveis do IRP quanto à experiência

Dimensões do IRP	< 2 anos N - 13 Rank	2 a 4 anos N - 12 Rank	4 a 6 anos N - 6 Rank	> 6 anos N - 49 Rank	χ^2	p
irrpajuda	36,19	33,58	43,17	43,01	2,199	0,53
irpractiva	49,04	41,54	57,17	35,94	6,835	0,08
irpabanpas	39,04	51,04	40,08	38,36	3,068	0,38
irpcontrolointerexter	37,08	37,79	50,08	40,90	1,493	0,68
irpemoções	32,54	38,79	45,00	42,48	2,222	0,53
irpactivanãointerferência	43,08	39,50	27,50	41,65	2,254	0,52
irpagressividade	36,69	39,83	39,83	41,76	1,415	0,70
irpautoresponsabilidade	45,62	44,13	41,17	38,17	1,445	0,69
irpconfronto	44,23	46,58	33,42	38,89	1,998	0,57
irptotal	42,69	41,08	49,00	38,73	1,211	0,75

2.5. Quanto à idade

Para cruzar a variável idade e as dimensões do estudo utilizou-se a correlação de Spearman, a qual demonstrou uma “significância marginal” para mbicy com $p=0.079$ e significativa para irpajuda um $p=0,019$. A correlação é no sentido de quanto maior a idade maior o cinismo mas com valores marginais.

Quadro nº 79 - Correlações de Spearman entre dimensões do MBI e a variável idade

Dimensões da MBI-GS	N	Correlação de Spearman	p
Exaustão emocional e física	79	- 0,102	0,37
Despersonalização/Cinismo	79	0,199	0,08
Eficácia Profissional	79	- 0,077	0,50

Quadro nº 80 - Correlações de Spearman entre dimensões da EAS e a variável idade

Dimensões da EAS	N	Correlação de Spearman	p
Eas informativo	78	- 0,130	0,26
Eas instrumental	78	- 0,032	0,78
Eas emocional	78	0,021	0,86
Eas total	78	- 0,063	0,58

Quadro nº 81 - Correlações de Spearman entre dimensões do IRP e a variável idade

Dimensões do IRP	N	Correlação de Spearman	p
irppajuda	78	0,264	0,02
irpractiva	78	- 0,123	0,28
irpabanpas	78	0,050	0,66
irpcontrolointerexter	78	0,135	0,24
irpemoções	78	0,163	0,15
irpactivanãointerferência	78	0,113	0,32
irpagressividade	78	0,186	0,10
irpautoresponsabilidade	78	- 0,027	0,82
irpconfronto	78	- 0,072	0,53
irptotal	78	0,099	0,01

2.6. Quanto ao número de filhos

Relativamente ao cruzamento entre a variável nº de filhos e as dimensões do estudo, apresenta-se uma “significância marginal” para a dimensão emocional do apoio social com um valor de $p=0,07$.

Quadro nº 82 - Diferença das médias das dimensões do MBI quanto ao número de filhos

Dimensões da MBI-GS	Sem filhos N - 50 Rank	Com filhos N - 31 Rank	U de M- W	p
Exaustão emocional e física	39,77	42,98	515,50	0,30
Despersonalização/Cinismo	38,72	44,68	567,50	0,64
Eficácia Profissional	42,19	39,08	552,00	0,52

Quadro nº 83 - Diferença das médias das variáveis da EAS quanto ao número de filhos

Dimensões da EAS	Sem filhos N - 49 Rank	Com filhos N - 31 Rank	U de M- W	p
Eas informativo	39,49	42,10	555,00	0,78
Eas instrumental	39,47	42,13	475,50	0,23
Eas emocional	37,48	45,27	422,00	0,07
Eas total	38,82	43,16	480,00	0,26

Quadro nº 84 - Diferença das médias das variáveis do IRP quanto ao número de filhos

Dimensões do IRP	Sem filhos N - 49 Rank	Com filhos N - 31 Rank	U de M-W	p
irppajuda	38,46	43,73	477,50	0,24
irpractiva	43,86	35,19	575,00	0,96
irpabampas	39,20	42,55	508,00	0,41
irpcontrolointerexter	41,65	38,68	435,50	0,10
irpemoções	39,18	42,58	570,00	0,91
irpactivanãointeferência	40,08	41,16	461,00	0,17
irpagressividade	38,77	43,24	439,00	0,01
irpautoresponsabilidade	38,92	43,00	466,00	0,19
irpconfronto	41,73	38,55	544,50	0,69
irptotal	40,58	40,37	470,00	0,21

3. Estudo das Hipóteses

H1 - O apoio social é um moderador de níveis de exaustão emocional e física e despersonalização/ cinismo.

Através da correlação de Spearman entre a EAS e MBI pode-se constatar que a variável eas total é significativa para a redução da variável mbieficácia, mas não significativa para mbieef e mbicy. A eficácia correlaciona-se igualmente com as dimensões, apoio informativo e emocional, e de forma marginal com o apoio instrumental. Também não existem correlações significativas entre as dimensões do apoio social e a exaustão emocional e física e o cinismo. (Quadro nº 85).

Quadro nº 85 - Correlações de Spearman entre dimensões da MBI e EAS

	easinformativo	easinstrumental	easemocional	eastotal
Mbieef	$r_s = 0,05$ $p = 0,67$	$r = -0,096$ $p = 0,39$	$r = -0,030$ $p = 0,79$	$r = -0,029$ $p = 0,80$
Mbicy	$r = 0,017$ $p = 0,88$	$r = -0,070$ $p = 0,53$	$r = 0,045$ $p = 0,69$	$r = -0,046$ $p = 0,89$
mbieficácia	$r = 0,223$ $p = 0,05$	$r = 0,195$ $p = 0,08$	$r = 0,241$ $p = 0,03$	$r = -0,237$ $p = 0,03$

Através do modelo de regressão linear simples testamos o eastotal como preditor da exaustão emocional e física (Quadro nº 86). Constatamos que não se comprova através deste modelo a relação de predição da eastotal sobre a exaustão emocional e física ($B = -0,084$; $t = -1,270$; $p = 0,21$).

Quadro nº 86 - O Apoio Social Total como possível variável preditora de
exaustão emocional e física

Regressão Linear Simples (enter)

Variável dependente: Exaustão emocional e física		N=79	r=0,142	r2=0,020	
Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	t	p	
Constante	16,226	4,442	3,653	p<0,001	
Apoio social total	- 0,084	0,066	- 1,270	p>0,21	
Análise de variância					
Fonte	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Regressão	57,323	1	57,323	1,612	0,21
Residual	2772,877	78	35,550		

Através do modelo de regressão linear simples testamos, ainda, o eastotal como preditor do cinismo (Quadro nº 87). Constatamos que não se comprova através deste modelo a relação de predição da eastotal sobre o cinismo (B= -0,020; t= -0,295; p=0,77).

Quadro nº 87 - O Apoio Social Total como possível variável preditora do cinismo

Regressão Linear Simples (enter)

Variável dependente: Despersonalização/Cinismo		N - 79	r=0,033	r2=0,001	
Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	t	p	
Constante	10,250	4,582	2.237	0,03	
Apoio social total	- 0,020	0,068	- 0,295	0,77	
Análise de variância					
Fonte	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Regressão	3,295	1	3,295	0,087	0,77
Residual	2951,092	78	37,835		

Num modelo de regressão linear múltipla considerando como preditores as dimensões de apoio social informativo, instrumental e emocional e como variável dependente a exaustão emocional e física (Quadro nº 88), encontramos valores significativos de predição embora apenas marginal para as dimensões apoio social informativo ($p=0,07$) e emocional ($p=0,06$), num modelo que explica apenas 8,5% da variância.

Quadro nº 88 - As dimensões de apoio social como possíveis preditoras de exaustão emocional e física

Regressão Linear Múltipla (enter)

Variável dependente: Exaustão emocional e física		N - 79	r=0,291	r2=0,085	
Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	t	p	
Constante	13,609	4,633	2,937	0,004	
Eas informativo	0,473	0,260	1,817	0,07	
Eas instrumental	- 0,154	0,243	- 0,632	0,53	
Eas emocional	- 0,527	0,277	- 1,905	0,06	
Análise de variância					
Fonte	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Regressão	240,276	3	80,092	2,350	0,08
Residual	2589,924	76	34,078		

Verificou-se ainda através de um modelo de regressão linear múltipla se as dimensões de apoio social informativo, instrumental e emocional surgem como preditoras do cinismo. Não se encontrou significância estatística neste modelo de predição conforme se pode observar no quadro nº 89.

Quadro nº 89 - As dimensões de apoio social como possíveis preditoras do cinismo.

Regressão Linear Múltipla (enter)

Variável dependente: Despersonalização/Cinismo		N - 79	r=0,088	r2=0,008	
Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	t	p	
Constante	9,219	4,929	1,870	0,06	
Eas informativo	0,078	0,277	0,283	0,78	
Eas instrumental	- 0,196	0,259	- 0,759	0,45	
Eas emocional	0,085	0,295	0,290	0,77	
Análise de variância					
Fonte	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Regressão	22,787	3	7,596	0,197	0,90
Residual	2931,601	76	38,574		

Pela análise dos resultados das estatísticas realizadas poderemos concluir pela não comprovação da H₁ formulada no nosso estudo já que não existem correlações significativas e os modelos de regressão não são consistentes. Ou seja, no nosso estudo, o apoio social não surge como moderador de exaustão emocional e física e do cinismo.

H2 – O apoio social é preditor da eficácia profissional.

Através do modelo de regressão linear simples testamos o eastotal como preditor da eficácia profissional (Quadro nº 90), pudemos concluir que se comprova através deste modelo a relação de predição da eastotal sobre a eficácia profissional, apresentando um valor de p=0,001 (B=0,178; t=3,303; p=0,001).

Quadro nº 90 - O Apoio social total como possível variável preditora da eficácia profissional

Regressão Linear Simples (enter)

Variável dependente: Eficácia profissional			N=79	r=0,350	r²=0,123
Variáveis	Coeficiente		Erro padrão	t	p
Constante	17,821		3,633	4,905	0,00
Apoio social total	0,178		0,054	3,303	0,001
Análise de variância					
Fonte	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Regressão	259,574	1	259,574	10,911	0,001
Residual	1855,614	78	23,790		

Num modelo de regressão linear múltipla considerando como preditores as dimensões de apoio social informativo, instrumental e emocional e como variável dependente a eficácia profissional (Quadro nº 91), encontramos valores significativos de predição para a dimensão apoio social emocional ($p=0,001$), num modelo que explica apenas 19,3% da variância.

Quadro nº 91 - As dimensões de apoio social como possíveis preditoras da eficácia profissional.

Regressão Linear Múltipla (enter)

Variável dependente: Eficácia profissional		N - 79	r=0,439	r2=0,193	
Variáveis	Coefficiente	Erro padrão	t	p	
Constante	17,437	3,761	4,636	0,00	
Eas informativo	- 0,008	0,211	- 0,040	0,97	
Eas instrumental	- 0,163	0,197	- 0,827	0,41	
Eas emocional	0,737	0,225	3,277	0,002	
Análise de variância					
Fonte	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Regressão	408,280	3	136,093	6,060	0,001
Residual	1706,907	76	22,459		

Neste estudo, com este desenho e esta amostra, podemos concluir pela comprovação da H2 formulada, ou seja, o apoio social é preditor da eficácia profissional. Fica demonstrado no MRLS que o apoio social total explica 12,3 % da variância da eficácia de forma significativa. Assim como considerando as três dimensões num modelo regressão linear múltipla com valor explicativo de 19,3% da eficácia surge com significado a dimensão emocional.

H3 – Os enfermeiros de oncologia e de psiquiatria têm níveis de exaustão emocional e física e cinismo ou despersonalização superiores do que os de pediatria.

Apenas se encontraram diferenças “significativas marginais” quanto ao cinismo demonstrado no quadro nº 67 (p=0,054) entre os serviços (pediatria - 8,14; oncologia - 7,96 e psiquiatria – 11). Através destes resultados constata-se que a pediatria apresenta um valor intermédio para o cinismo.

Quanto à exaustão emocional e física, a pediatria apresenta média mais baixa de eef (10,38), sendo mais altas a de oncologia (11) e a de psiquiatria (10,81), mas esta diferença não é estatisticamente significativo.

H4 – Os enfermeiros de pediatria têm níveis de eficácia profissional superior aos restantes enfermeiros.

O valor de média da eficácia profissional em relação à pediatria é superior, mas sem significado estatístico neste estudo com esta amostra. A pediatria apresenta uma média de 30,90 enquanto que a oncologia com média de 28,64 e a psiquiatria com média de 29,44.

H5 – Os enfermeiros da psiquiatria têm estratégias de resolução de problemas superiores aos restantes enfermeiros.

Quando se tenta perceber as diferenças entre os serviços, em relação às variáveis do inventário de resolução de problemas só se destaca irpajuda com valor estatístico significativo, $p=0.032$ (quadro nº 69), sendo que os enfermeiros de psiquiatria apresentam valores mais elevados em relação aos outros enfermeiros, pois a sua média é de 46,1, enquanto que na pediatria a média é de 44,03 e na oncologia é de 30,58.

Em relação às estratégias de coping, o irp agressividade demonstra diferença significativa para os sexos, pois o sexo masculino tem uma média de 9,11 e sexo feminino apresenta uma média de 9,85.

E em relação ao estado civil, há diferenças significativas para irp activa com $p=0.048$ e “significância marginal” para irp total com $p=0,085$. Ou seja, os divorciados apresentam irptotal mais elevado (159,8), comparando com os solteiros (148,14) e com os casados (149,09); e irp activa também mais elevada para os divorciados (28) em relação aos solteiros (24,74) e aos casados (24,31).

Num modelo de regressão linear múltipla considerando como preditores as dimensões de apoio social informativo, instrumental e emocional, tal como as variáveis das estratégias de resolução de problemas, e como variável dependente a eficácia profissional (Quadro nº 92), encontramos valores significativos de

predição para a dimensão irpractiva ($p=0,01$) e para a variável irpabanpas ($p=0,01$) num modelo que explica apenas 46,5% da variância. A estratégia de confronto para a resolução de problemas constitui preditor mas com uma significância marginal, de $p=0,09$.

Quadro nº 92 - As dimensões de apoio social e as variáveis das estratégias de resolução de problemas como possíveis preditoras da eficácia profissional

Regressão Linear Simples (enter)

Variável dependente: Eficácia profissional			N - 79	r=0,682	r2=0,465
Variáveis	Coefficiente		Erro padrão	T	P
Constante	- 8,400		8,090	- 1,038	0,30
eas informativo	- 0,119		0,216	- 0,550	0,58
eas instrumental	- 0,021		0,178	- 0,119	0,91
eas emocional	0,275		0,226	1,215	0,23
irp ajuda	0,211		0,207	1,022	0,31
irpractiva	0,397		0,153	2,592	0,01
irpabanpas	0,660		0,258	2,561	0,01
irp controlointerexter	0,021		0,140	0,148	0,88
irp emoções	0,230		0,251	0,918	0,36
irp activanãointerferência	- 0,225		0,238	- 0,945	0,35
irp agressividade	0,847		0,588	1,442	0,15
irp autoresponsabilização	- 0,062		0,236	- 0,263	0,79
irp confronto	0,463		0,273	1,696	0,09
Análise de variância					
Fonte	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	P
Regressão	983,099	12	81,925	4,849	0,00
Residual	1132,088	67	16,897		

4. Discussão de resultados e conclusões

Os instrumentos utilizados nesta investigação, são instrumentos padronizados, validados para a população portuguesa e rodados em múltiplas investigações realizadas entre nós. Apesar da segurança que à partida estes instrumentos garantem, interessou-nos verificar as suas características métricas. Do seu conjunto para os totais e para as dimensões encontrámos indicadores de consistência interna aferidos pelo alfa de Cronbach com um mínimo de 0,73 e um máximo de 0,90. Os coeficientes de bipartição Split-half, que são tradutores da consistência interna aferida pela técnica metade-metade, também genericamente de bom nível traduzidos em valores entre 0,45 e 0,84. Estes valores satisfazem-nos bem e dão-nos segurança já que como refere Pais Ribeiro (1999), “uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80. São no entanto aceitáveis valores acima de 0,60. Estes baixos valores justificam-se quando as escalas têm um número de itens baixo”.

Poderemos assim aferir como primeira conclusão que *os instrumentos da recolha de dados utilizados nesta investigação apresentam boas características métricas, nomeadamente no que diz respeito à consistência interna aferida pelo indicador alfa de Cronbach.*

Os níveis de *burnout* entre os profissionais de saúde encontram-se habitualmente elevados tendo em conta a situação profissional e as características do próprio trabalho desenvolvido, com forte componente de interacção muitas vezes em contextos difíceis e em situações limite. Sendo como nos refere Maslach (1997) que as profissões de assistência são aquelas em que surgem mais o burnout.

Para alguns autores o *burnout* sendo um constructo tridimensional, surge por fases autores, sendo que para Maslach (2001) e Marques-Teixeira (2002) a exaustão emocional e física é a primeira manifestação do síndrome que ao evoluir se vai apresentando com sinais e sintomas de desestruturação a nível pessoal e na relação com utentes e com colegas, sendo que estes autores consideram a eficácia profissional, ou melhor a ineficácia como resultado. Para outros autores Lee e Ashforth (1996), o cinismo surge como estratégia de resolução da exaustão emocional e física instalada. Os níveis de exaustão emocional e física, cinismo e ineficácia profissional encontrados em diversas investigações realizadas entre nós

e no estrangeiro situam-se em níveis perto dos que foram encontrados neste estudo. Assim, e neste sentido vão os dados encontrados por Queirós (2005:248),

“(...) cerca de 27% dos enfermeiros portugueses tem burnout no trabalho em fases iniciais do processo, cerca de 16% apresentam manifestações mais avançadas e aproximadamente 2% estarão num nível elevadamente grave a manifestarem ineficácia profissional”.

Ao concluirmos que *neste estudo 28,39% dos enfermeiros apresentam exaustão emocional e física, 19,75% de cinismo e só 2,46% se sentem ineficazes*, estamos a ir ao encontro de outros dados revelados por outros estudos concretizados em investigações nacionais e internacionais.

Maslach (1978) considerou que as áreas de actuação mais stressantes eram aquelas em que se teria que lidar com crianças doentes, a morte e a doentes psicóticos, não tendo tecido quaisquer possíveis diferenças entre elas. No entanto Queirós (1998) no estudo que realiza em que compara níveis de *burnout* entre enfermeiros de cuidados intensivos, neurologia e psiquiatria, constatou que os enfermeiros de cuidados intensivos e psiquiatria apresentam níveis de exaustão superiores.

Comparando os serviços de pediatria, oncologia e psiquiatria, surge-nos a psiquiatria com o maior número de enfermeiros com exaustão emocional e física, cinismo e com um caso de ineficácia. Em segundo lugar surge a oncologia e com menos casos a pediatria. Comparando as médias de exaustão emocional e física, cinismo e eficácia profissional através da estatística de Kruskal-Wallis, apenas encontramos diferenças com “significância marginal” de $p=0,054$ para o cinismo com valores mais baixos na oncologia e mais elevados na psiquiatria.

As variáveis sócio-demográficas são referenciadas como pouco exploradas e nos estudos realizados demonstram pouco significado na relação com as dimensões do *burnout*, pelo que Maslach (1997) refere que os factores inerentes ao trabalho são fortemente preditivos em relação a estas variáveis, tal como as características de personalidade.

Observando as médias das dimensões de *burnout* por ambos os sexos verificamos que os enfermeiros masculinos apresentam níveis ligeiramente mais elevados de exaustão emocional e física e cinismo e mais reduzidos de eficácia. Surgindo as

mulheres enfermeiras com menos exaustão emocional e física e cinismo e mais eficazes. No entanto, o teste U de Mann Whitney não revelou diferenças significativas.

Quanto ao estado civil a exaustão emocional e física é maior nos solteiros, menor nos divorciados e intermédio nos casados, já o cinismo tem valores mais altos nos divorciados e valores aproximados mais baixos nos solteiros e casados. A eficácia apresenta valores médios ligeiramente superiores nos divorciados, mas através do teste Kruskal-Wallis as diferenças não têm significância estatística.

Os enfermeiros com filhos apresentam médias de exaustão emocional e física e cinismo ligeiramente superiores do que os enfermeiros sem filhos. E em relação à eficácia as médias são aproximadas. Não se verificando através do U de Mann Whitney diferenças significativas.

Nalguns estudos é descrito que os enfermeiros com menos experiência apresentam níveis de exaustão emocional e física superiores e os que têm mais experiência profissional manifestam níveis de despersonalização/cinismo superiores, aspectos referidos nomeadamente no estudo de Correia (1999).

Os enfermeiros com menos de 2 anos e mais de 6 anos de experiência profissional apresentam médias mais elevadas de exaustão emocional e física. Em relação ao cinismo os enfermeiros com menos tempo de serviço têm médias mais baixas e os com mais de 6 anos de experiência apresentam médias superiores, mas sem significância estatística.

No grupo de 23 enfermeiros com exaustão emocional e física, 15 têm mais de 6 anos de experiência profissional, enquanto que apenas 6 têm menos de 2 anos. Já em relação ao cinismo apresentado por 16 enfermeiros, 12 têm mais de 6 anos de experiência profissional.

O apoio social aparece descrito inúmeras vezes como moderador dos níveis de *burnout*. Vaz Serra (2002) refere que o apoio social atenua as consequências negativas provenientes das situações indutoras de stress, tendo sido assinalada a sua importância em diversos tipos de circunstâncias.

Os enfermeiros de oncologia apresentam médias de apoio social informativo ligeiramente superiores sendo que os enfermeiros de psiquiatria surgem com as médias mais baixas, ainda assim apenas ligeiramente. O apoio instrumental

apresenta médias superiores no grupo da pediatria e inferiores na psiquiatria. O apoio emocional é superior na pediatria e inferior na psiquiatria.

O apoio social total tem médias mais elevadas na pediatria, intermédios na oncologia e mais baixos na psiquiatria.

Os enfermeiros da psiquiatria apresentam níveis mais baixos de apoio social total e em cada uma das dimensões, comparando com a oncologia e a pediatria.

São os enfermeiros da pediatria que apresentam as médias mais elevadas no apoio social total e genericamente nas dimensões. No entanto as diferenças das médias entre os vários serviços para o total e para as dimensões não se mostra com significância estatística.

Matos (2000) verifica que no estudo da relação entre o apoio social e as variáveis sócio-demográficas tendo em conta o sexo, que as mulheres apresentam valores de apoio social emocional mais elevado que os homens, aspecto que foi comprovado ainda que marginalmente por este estudo.

O apoio social total e nas dimensões surge mais elevado no género feminino, mas apresentam “significância estatística marginal” para o apoio social emocional aferido através de estatística de U de Mann Whitney.

Os enfermeiros divorciados apresentam também pontuações no total e nas dimensões do apoio social mais elevadas do que nos casados e estes mais elevados do que os solteiros, mas as diferenças não têm significado estatístico.

O apoio social informativo e o apoio emocional são inferiores nos indivíduos com mais de 6 anos de experiência, bem como o apoio social total, mas sem significância estatística.

Através do estudo sobre a fiabilidade da escala de apoio social realizado por Matos (2000), constatou-se que quanto maior o tamanho do agregado familiar mais elevado é o apoio social.

Os enfermeiros com filhos apresentam tanto no total como nas dimensões valores médios superiores de apoio social. No entanto, só se verifica “significância marginal” para o apoio social emocional ($p=0,07$).

Vaz Serra (2002) considera que as pessoas que apresentam boas estratégias de resolução de problemas têm tendência para lidar melhor com as situações indutoras de stresse. Por outro lado, quando se manifesta dificuldade em

comunicar os indivíduos evitam o confronto com os problemas, adoptando uma atitude passiva e que promove frequentemente atitudes agressivas.

As diferenças de médias significativas entre os serviços apresentam mais acentuadas em relação ao pedido de ajuda e ao total das estratégias de resolução de problemas. *Os enfermeiros de psiquiatria têm valores superiores de pedido de ajuda, os de pediatria com valores médios e os de oncologia com valores inferiores, com significado estatístico ($p=0,032$).*

Em relação ao total das estratégias de resolução de problemas pode-se denotar que os enfermeiros de pediatria apresentam valores inferiores, os de psiquiatria ligeiramente inferiores e os de oncologia mais baixos que estes últimos, sem significância estatística.

No que diz respeito a outras estratégias de resolução de problemas, elas apresentam ligeiras diferenças de médias, genericamente a pediatria apresenta valores superiores, enquanto que a oncologia e a psiquiatria valores inferiores, mas sem significado estatístico.

As diferenças relativas ao género mostram-se genericamente superiores para o sexo feminino nas estratégias de resolução de problemas pedido de ajuda, confronto e resolução activa de problemas, controlo interno e externo das emoções, auto-responsabilização e medo das consequências e total das estratégias de resolução de problemas. Enquanto que o sexo masculino apresenta valores médios superiores para a atitude activa de não interferência.

Vaz Serra (1988) no estudo relativo à consistência interna e fiabilidade do inventário de resolução de problemas pode descobrir que as mulheres demonstram diferença significativa em relação aos homens no que diz respeito às estratégias utilizadas, nomeadamente mecanismos redutores de estados de tensão e estratégias cognitivas. No entanto têm mais tendência para se sentirem sem controlo nas situações com que se deparam.

No entanto, foi a estratégia de agressividade que se apresentou com significado estatístico, tendo o género feminino pontuado mais que o masculino ($p=0,008$).

O estado civil que apresenta valores superiores para a generalidade das variáveis das estratégias de resolução de problemas são os divorciados, pelo que para a estratégia de agressividade interna e externa apresenta valores semelhantes para

solteiros e inferior para casados e a auto-responsabilização e medo das consequências tem valores inferiores para casados.

A investigação demonstrou que o confronto e resolução activa dos problemas ($p=0,05$) apresenta significado estatístico relativamente aos divorciados e também com “significado marginal” surge o total das estratégias de coping ($p=0,08$).

Relativamente à experiência existem diferenças de médias ao nível das variáveis das estratégias de *coping*, que se manifestam nos diferentes grupos com tempos de experiência diferentes, de forma inconstante.

Os enfermeiros com menos de 2 anos apresentam valores superiores para confronto e resolução activa dos problemas, atitude activa de não interferência, auto-responsabilização e medo das consequências e inferiores para as restantes. Os enfermeiros com 2 a 4 anos de experiência demonstram ter valores médios superiores para o confronto e resolução activa dos problemas, auto-responsabilização e medo das consequências, e inferiores para as restantes. Os enfermeiros com 4 a 6 anos apresentam valores elevados de controlo interno e externo dos problemas e valores baixos para o confronto com os problemas e planificação de estratégias, já o total das estratégias de *coping* é superior.

Os enfermeiros com mais de 6 anos têm valores inferiores para variáveis de estratégia de resolução de problemas, mas mais acentuados para o total das estratégias de resolução de problemas.

A estratégia que demonstrou ter significado estatístico marginal tendo em conta a experiência foi o confronto e resolução activa dos problemas ($p=0,08$)

Para o item com e sem filhos apresentam as diferenças de médias para as variáveis confronto e resolução activa dos problemas, pedido de ajuda e controlo interno e externo dos problemas.

Os enfermeiros que residem com filhos apresentam valores superiores para o pedido de ajuda e os que não têm filhos têm valores superiores de confronto e resolução activa dos problemas e controlo interno e externo dos problemas.

A estratégia que apresenta significado estatístico é a agressividade ($p=0,008$), sendo que os enfermeiros com filhos pontuaram mais que os que não têm filhos.

Delbrouck (2006) refere que os profissionais no início de carreira são habitualmente mais motivados e empáticos e posteriormente vão adoptando formas de actuação desumanizadas face aos utentes, caracterizadas pela despersonalização ou cinismo, que se instala de uma forma progressiva.

O cinismo parece aumentar com a idade, ou seja, enfermeiros com mais idade apresentam correlações de Spearman com “significância marginal” com o cinismo ($p=0,08$). A idade faz também variar a estratégia de pedido de ajuda ($p=0,019$), a qual demonstrou ter significado estatístico, quanto maior a idade mais os enfermeiros recorrem a esta estratégia.

No estudo das hipóteses formuladas chegamos à conclusão da não comprovação da H1 - O apoio social é um moderador dos níveis de exaustão emocional e física e de despersonalização ou cinismo, já que quer as correlações quer os modelos de regressão linear simples e múltipla não permite comprovar. Ou seja, neste estudo, com esta amostra, o apoio social não constituiu moderador da exaustão emocional e do cinismo/despersonalização. *Surgindo apenas com “significância marginal” o apoio social informativo e o emocional como predictores da exaustão emocional e física.*

Diversos investigadores debateram-se com vários aspectos relacionados com o apoio social, tais como as dimensões principais, funções, como avaliá-lo e os seus efeitos no bem-estar físico e psicológico, tendo constatado Cassel (1976) e Cobb (1976) a sua importância para a saúde de um indivíduo (Matos, 2000)

Maslach (1997: 277) refere que “*social support and feedback, particularly from one’s peers, is predictive of a lower risk of burnout*”.

O apoio social é predictor da eficácia profissional testado através do modelo de regressão linear simples com a dimensão apoio social total a surgir como predictiva da eficácia e no estudo de pormenor com as dimensões de apoio social a realçar o apoio emocional como predictor. Assim comprovamos a H2 - O apoio social é predictor da eficácia profissional, ou seja, os enfermeiros serão tão mais eficazes quanto maior apoio social tiverem sobretudo na dimensão apoio emocional.

No estudo das diferenças médias das dimensões de burnout entre os serviços (Pediatria, Oncologia e Psiquiatria) apenas encontramos “significância marginal” para os níveis de cinismo, surgindo os enfermeiros de psiquiatria com

níveis mais elevados e os de oncologia com níveis mais baixos. Estes resultados não permitem confirmar a H3 - Os enfermeiros que trabalham em oncologia e psiquiatria têm níveis de exaustão emocional e física e cinismo mais elevados do que os enfermeiros de pediatria. Também não se confirma a H4 - Os enfermeiros de pediatria têm níveis de eficácia profissional superior aos restantes, já que os enfermeiros de pediatria apresentam uma média superior de eficácia, mas sem significado estatístico quando comparado com os enfermeiros de Psiquiatria e os enfermeiros de Oncologia.

Os enfermeiros de psiquiatria apresentam valores mais elevados e com significado estatístico considerando a estratégia de pedido de ajuda e quando comparando com os valores de outros serviços.

A estratégia agressividade diferencia-se quanto ao género sendo que as enfermeiras apresentam mais pontuação nesta estratégia.

Como foi dito anteriormente citando Vaz Serra, as mulheres têm uma predisposição para perderem o controlo das situações que vivenciam, e por isso recorrem com mais frequência a mecanismos de alívio das emoções, o que em parte explica o facto que constatámos.

Quanto ao estado civil os enfermeiros divorciados apresentam melhor pontuação do geral das estratégias de resolução de problemas com significado estatístico quando comparando com solteiros e casados, mas também no particular da estratégia de confronto e resolução activa de problemas.

Considerando a eficácia profissional como variável dependente num modelo de regressão linear múltipla, com as dimensões e total do IRP e EAS, as estratégias de confronto e resolução activa, e abandono passivo surgem como predictores, bem como “marginalmente” o confronto com os problemas e planificação de estratégias.

Em rigor não poderemos comprovar a H5 - Os enfermeiros de psiquiatria apresentam estratégias de resolução de problemas superiores aos restantes enfermeiros, já que os enfermeiros de psiquiatria apenas se diferenciam na estratégia de pedido de ajuda.

Em suma, considerando os objectivos de estudo e as hipóteses formuladas poderemos concluir que aproximadamente 28% dos enfermeiros estão exaustos,

sendo que cerca de 20% se apresentam cínicos e despersonalizados e se sentem ineficazes só aproximadamente 2,5%. Os enfermeiros de psiquiatria apresentam níveis mais elevados de cinismo quando comparados com os seus colegas de pediatria e oncologia. Os níveis de *burnout* não se diferenciam quanto ao género, estado civil, experiência profissional e número de filhos.

O apoio social parece interferir ainda assim apenas marginalmente com as enfermeiras que apresentam maior apoio social emocional e acontecendo o mesmo com os enfermeiros/as com filhos. Ou seja, são as enfermeiras e os que têm filhos que apresentam níveis diferenciados e mais elevados de apoio social emocional. A estes dados acresce o factor o apoio social e sobretudo o emocional surgem como preditores da eficácia profissional. Tudo indica que o apoio emocional é um ponto-chave para os enfermeiros, surgindo como diferenciador dos enfermeiros de enfermeiras e dos que têm filhos dos que não têm e como preditor da eficácia profissional.

A estratégia de confronto e resolução activa de problemas, de abandono passivo perante a situação e de confronto com os problemas e planificação de estratégias surgem como preditores da eficácia profissional. Os enfermeiros de psiquiatria diferenciam-se nas estratégias de pedido de ajuda. A estratégia de resolução de problemas de agressividade surge diferente entre os sexos com maior pontuação no feminino. Os enfermeiros divorciados pontuam mais nas estratégias de resolução de problemas (total) e no confronto e resolução activa dos problemas.

5. Limitações do estudo e sugestões

Como principais limitações a este estudo encontramos o número reduzido de sujeitos da amostra, sujeitos desmotivados na participação do preenchimento dos questionários pela saturação do tema da investigação, a necessidade de introdução de outras variáveis intervenientes no fenómeno de *burnout* que não estão a ser consideradas neste desenho de investigação, como por exemplo a formação académica dos enfermeiros e a sua categoria profissional.

Sugerimos após a realização desta investigação, que se desenvolvam estudos com mais sujeitos em amostra, estudos com outras profissões não só enfermeiros, estudos com outras variáveis intervenientes, estudos com avaliações dos níveis de *burnout* em dois tempos, no qual se testam programas de prevenção de *burnout* nas organizações, introduzindo-se intervenções dirigidas aos profissionais de saúde, tais como sessões de relaxamento, sessões de auto-ajuda, motivação dos técnicos através de incentivos e/ou recompensas, supervisão do desempenho profissional como forma de feedback do trabalho desenvolvido, criação de um espaço terapêutico para as equipas falarem sobre as falhas e as vitórias, e pensarem em reformulações às práticas, criação de protocolos para a uniformização das práticas, facilitando a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, C. D., *et al.* (1993) – “Revisión teórica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docencia” – Revista Crítica das Ciências Sociais e Humanas, Brazil: Editora de ULBRA, nº2 (Jan/Jun): 47-65;
- BIANCHI, Estela (2000) – “Enfermeiro hospitalar e o stress” – Revista Escola de Enfermagem USP, v. 34, nº 4 (Dezembro): 390 - 394;
- CÂMARA, Jorge (1998) – “Síndrome de Exaustão e Instituições para Toxicodependentes” – Revista Toxicodependências, Edição SPTT, Ano 4, Número 1: 35 – 40;
- CARAPINHEIRO, Graça, *et al.* (1997) – Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses (Estudo Sociológico de Âmbito Nacional) – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Grafinter, Sociedade Gráfica Lda;
- CASH, Deborah (1994) – Levels of occupational burnout, personality type, and coping processes: a comparison of intensive-care and nonintense-care registered nurses in primary-care hospital settings – University of San Francisco, Faculty of the School of Education Counseling Psychology Program, California, p.160;
- CORREIA, Anabela (1999) – “*Burnout* nos profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependentes: causas e consequências” – Revista Toxicodependências, Edição SPTT, volume 5, número 3: 69-79;
- CRUZ, António (2004) – O Desgaste Profissional dos Enfermeiros da Bloco Operatório na Região Autónoma dos Açores – Revista de Investigação em Enfermagem, nº9 (Fevereiro): 35 – 44;
- DELBROUCK, M. (2006) – Síndrome de Exaustão (*Burnout*) – 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores, Dezembro, p. 270;
- FELICULIS, Stéphanie (1999) – “Le burnout des infirmières puéricultrices en PMI : l’identifier, le comprendre et lutter contre ” - Cahiers de la puéricultrice, Paris, A. 36, nº144 (Décembre): 30-33;
- FIGUEIREDO, Margarida (1999) - “ Stress em Profissionais de Saúde – Um Programa de Intervenção.” - Psiquiatria Clínica, 20, (1): 51-61;
- FOLKMAN, Susan e LAZARUS, Richard (1982) – Stress, appraisal and coping – New York, Sringer Publishing Company;

- FREUDENBERGER, H. J. – “Staff Burn-Out” (1974) – Journal of Social Issues, New York, Volume 30, Number 1: 159-165;
- FUSCO, Phylann S. (1994) – Hardiness, coping style, and burnout: Relationships in female hospital nurses – University of North Texas, p.163;
- GEADA, M. (1996) – “Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos” – Análise Psicológica, 2-3 (XIV): 191-201;
- GUIDO, Laura (2003) – Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica! – Tese (Doutoramento) São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, p. 197;
- LEE, R. T. e ASHFORTH, B. E. (1996) – “A Meta-Analytic Examination of the Three Dimensions of Job Burnout” – Journal of Applied Psychology, American Psychological Association, Washington D. C., Vol. 81, nº 2 (April): 123-133;
- LOFF, Ana Margarida (2003) – “Avaliação de Níveis de Stress em Enfermagem” – Revista Sinais Vitais, número 46 (Janeiro): 13 – 15;
- LORETO, Dionísia (2001) – “Síndrome de Burnout em Enfermeiros de Oncologia” – Enfermagem Oncológica, nº20 (Outubro): 18 – 25;
- LOZANO, J. A. (1994) – Síndrome de “Estar Queimado” – Edikamed, Barcelona;
- MARQUES-TEIXEIRA, J. (2002) – “Burnout ou a Síndrome de Exaustão” – Saúde Mental IV, nº2: 8-19;
- MASLACH, C. (1997) – “Burnout in Health Professionals” – Cambridge handbook of psychology, health and medicine, Cambridge University Press, pp. 275-278;
- MASLACH, C. (1978) – “The Client Role in Staff Burn-Out” – Journal of Social Issues, University of California, Berkeley, Volume 34, Nº 4: 111-124;
- MASLACH, C. *et al.* (2001) – “Job Burnout” – Annu. Rev. Psychol., nº 52: 397-422;

- MATOS, A. P. e FERREIRA, A. (2000) – “Desenvolvimento de uma Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade” – Psiquiatria Clínica, 21 (3): 243 -253;
- MCINTYRE, Teresa (1994) – “Stress e os Profissionais de Saúde: Os que tratam também sofrem” – Análise Psicológica, 2-3 (XII): 193-200;
- PIRES, Sandra (2004) – “Síndrome de *Burnout* nos Profissionais de Saúde de um Centro de Atendimento a Toxicodependentes” – Revista Toxicodependências, Edição IDT, Volume 10, Número1: 15 – 23;
- QUEIRÓS, Paulo (1998) – *Burnout* em Enfermeiros (Comparação de três grupos) – Sinais Vitais, nº16 (Janeiro): 17 – 21;
- QUEIRÓS, Paulo (2005) – “*Burnout* no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional.” – Revista de Investigação em Enfermagem nº11 – Fevereiro: 3 – 15;
- QUEIRÓS, Paulo (2005) – “*Burnout* no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional.” – Formasau, Formação e Saúde, Lda, 1ª Edição, Coimbra: Edições Sinais Vitais, Fevereiro, p. 270;
- QUEIRÓS, Paulo (2003) – “O que causa mal-estar, stress, em enfermeiros?” – Revista de Investigação em Enfermagem nº 8 (Agosto): 3 -7;
- RAFII, Forough (2004) – “Factors involved in nurses’ responses to burnout: a grounded theory study” – BMC Nursing, 3:6, p. 10;
- RAMOS, Marco (2001) – Desafiar o desafio: Prevenção de stress no trabalho – RH Editora, Lisboa, pp. 73 – 120;
- RIBEIRO, Maria Helena *et al.* (2004) – “As implicações do Stress e *Burnout* nos Profissionais de Saúde – Revista de Saúde Amato Lusitano, 4º trimestre, Ano VIII, nº18: 18 – 22;
- SANTOS, N. e GONÇALVES, A. (2007) – “Estratégias de Coping dos Enfermeiros Face ao Stresse” – Revista Portuguesa de Enfermagem, nº11 (Julho/Agosto/Setembro): 23-30;
- SILVA, E. R. (2005) – “Stress e Estratégias de Coping em Enfermeiros” – Revista Investigação em Enfermagem nº11 (Fevereiro): 46-53;

- SIMÕES, Paulo *et al.* (2005) – “O meu Stress é diferente do teu”: Stress e *Burnout* em duas equipas de enfermagem” – Revista de Saúde Amato Lusitano, 2º trimestre, Ano IX, nº20: 21-24;
- TARIS, T. W. *et al.* (1999) - “Construct validity of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: two sample examination of its factor structure and correlates” – *Work & Stress*, vol. 13, nº 3: 223-237;
- VAZ SERRA, A. (1999) - “O stress na vida de todos os dias” – Coimbra: Gráfica de Coimbra, p. 501.
- VAZ SERRA, A. (1988) – “Um estudo sobre coping: o Inventário de Resolução de Problemas” – Psiquiatria Clínica, 9, (4): 301-316;